DU PALPER ABDOMINAL

ET DE LA

VERSION CÉPHALIQUE

CLERMONT (OISE). — IMP. A. DAIX, RUE DE CONDÉ, 27.

L'OBSTÉTRIQUE

TELLE QUE JE L'AI TROUVÉE & TELLE QUE JE LA LAISSE

DU PALPER ABDOMINAL

ET DE LA

VERSION CÉPHALIQUE

DU FŒTUS

OPÉRÉE PAR

MANŒUVRES EXTERNES

PAR

M. LE DOCTEUR ANTOINE MATTEI

Professeur libre d'accouchements à Paris, Lauréat et Membre de plusieurs Académies et autres Sociétés savantes Françaises et Étrangères.

PARTIE HISTORIQUE

PARIS

V. ADRIEN DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

1879

INTRODUCTION.

Enfin l'École obstétricale officielle de Paris, après une gestation bien prolongée, vient de donner le jour à un traité sur le palper abdominal et la version par manœuvres externes !! Voilà 24 ans que j'ai décrit tout au long l'un et l'autre dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique* (Paris 1855), avec bien d'autres principes et d'autres procédés opératoires que j'ai développés dans mes écrits, mes cours théoriques et cliniques ; principes et procédés que je mets tous les jours en pratique. La gestation de l'École, comme on voit, a été bien longue, et elle ne commence même à se terminer qu'au bout de trois générations obstétricales.

La première génération, composée de MM. P. Dubois, Moreau, Chailly, Cazeaux, Danyau, avait commencé par dire que mes idées étaient impossibles, mais comme je les réalisais sous les yeux mêmes de ces messieurs, ils préférèrent alors n'en rien dire plutôt que de convenir de ce que je démontrais. A peine si Cazeaux, dans son *Traité d'accouchement*, édition de 1858 (1) m'accorda de faire revivre ce qui d'après lui aurait été vieux en France ou ailleurs. Sans en convenir cependant, cette génération com-

(1) *Traité théor. et prat. de l'art des accouchements*, in-8° — Paris, 1858, 6e édit., p. 791.

mença à modifier ses idées dans le sens de mes principes.

La seconde génération obstétricale composée de MM. Depaul, Pajot, Blot, Tarnier, a encore pratiqué ce qu'on appelle la conspiration du silence quand elle ne m'a pas montré son hostilité par divers moyens que je ferai connaître à propos de l'historique ; mais sans vouloir en convenir, elle est entrée encore plus dans mes idées que la génération précédente. A peine si au bout de dix ans M. Tarnier a osé dire quelques mots à mon adresse. Si les hommes de la seconde génération obstétricale n'en parlent pas dans leurs livres, dans leurs cours théoriques et cliniques, privant ainsi les élèves d'un bien qui leur est dû depuis plus de vingt ans, ce n'est pas par ignorance ; tout au contraire ils se livrent avec ardeur à deux exercices : 1° Rechercher dans les auteurs ce qui de près ou de loin peut faire songer au palper et à la version externe avant ma publication (1855) ; 2° Pratiquer l'un et l'autre pour ainsi dire à la dérobée pour voir, tout en s'instruisant à mes dépens, si on ne pourrait pas prendre en défaut ce que j'en ai dit dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique*.

Ce n'est pas à la clinique de la Faculté qu'on fait ces recherches, c'est surtout à la Maternité. C'est là que, à l'écart du public, professeur, sage-femme en chef, interne de service, palpent le ventre à toutes les femmes enceintes, puis ils chargent l'interne qui quitte l'établissement de présenter le palper, la version externe comme nés à l'étranger et ne prospérant en France qu'après avoir été rajeunis sous la main de l'École. Cette tactique commencée par Danyau et l'interne Nivert (1) vient de continuer

(1) *De la version céphalique par les manœuvres externes*, etc., thèse in-4°. — Paris, 1862.

avec MM. Tarnier et Pinard (1). C'est-à-dire qu'une troisième génération obstétricale surgit avec MM. Chantrueil, Pinard etc., et c'est désormais cette génération qui se chargera de prendre en sous-œuvre les sujets que j'ai étudiés pour m'accorder quelques parcelles, mais pour donner autant que possible à l'Ecole la propriété du gâteau. L'histoire de l'obstétrique que j'espère écrire un jour le démontrera pour bien des points. Ne sortons pas du palper et de la version externe pour le moment, quoique ces deux points cependant ne puissent être bien éclaircis sans indiquer les circonstances au milieu desquelles ils se sont développés.

Ce n'est plus désormais une thèse inaugurale, qui passe sans être lue par le public médical. C'est un traité que M. Pinard adresse à ce public et pour que la chose soit plus officielle, l'auteur n'a publié le traité qu'après avoir acquis le titre d'agrégé. M. le professeur Pajot a en même temps fait précéder ce traité d'une introduction solennelle pour faire voir que c'est bien l'École qui parle cette fois.

M. Pinard après avoir recherché dans les auteurs et reproduit textuellement les plus petites allusions qui pourraient amoindrir ce que j'ai écrit moi-même sur le palper et la version externe, a reproduit divers passages de mon *Essai sur l'accouchement physiologique* en les accompagnant, je dois l'avouer, de considérations plus bienveillantes que ce qui avait été écrit jusqu'ici sur mon compte par les représentants de l'École. Par conséquent la troisième génération obstétricale est à mon égard moins mauvaise que la seconde, il faut espérer que la quatrième sera encore meilleure et qu'au bout d'un demi-siècle,

(1) *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes*, in-8. — Paris, 1878.

quand je serai mort peut-être, je finirai par trouver justice même à l'École.

Mais si dans le traité de M. Pinard je commence à figurer pour quelque chose, l'introduction de M. Pajot, et divers passages du traité de M. Pinard tendraient à amoindrir, comme on le verra, la part qui me revient pour présenter la chose sinon comme une découverte de l'École, au moins comme ne pouvant avoir de valeur qu'après avoir été épurée, perfectionnée par les maîtres et les élèves de l'École officielle de Paris !! Ce procédé de l'École que je subis depuis 24 ans et dont j'espère décrire un jour toutes les nuances, me venant de la part de ceux qui sont payés par la nation pour encourager et récompenser les travailleurs, pour accepter les choses nouvelles utiles et les enseigner le plus promptement que possible aux élèves, pendant que je n'ai reçu des représentants de cette école que persécutions, ce procédé, je l'avoue, m'avait dégoûté plutôt qu'il ne m'avait encouragé à faire de nouvelles publications obstétricales.

Ce n'est pas que j'aie cessé mes études théoriques et cliniques. La clientèle m'offrant toujours un vaste champ d'observation, j'ai continué pendant ces vingt années à réaliser avec le plus grand succès les principes consignés dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, et comme on le pense, je n'ai cessé de perfectionner ces principes. Je réservais pour mes vieux jours la publication de ces résultats et depuis quelques années j'avais employé les quelques moments disponibles qui me restent à ramasser, coordonner des documents sur la Corse, mon département natif, et à rédiger une histoire détaillée de cette île que je publie en ce moment (1).

(1) Outre diverses publications, voir les *Annales de la Corse*, paraissant tous les mois in-4°, et que je publie depuis janvier 1877.

Le traité que vient de publier M. Pinard me force à changer d'avis. Le palper et la version céphalique auraient paru à leur place dans ma publication générale, *L'obstétrique telle que je l'ai trouvée et telle que je la laisse.* Je vais commencer cette publication par le traité du palper et de la version céphalique par manœuvres externes. L'interversion des facteurs ne nuira pas à l'ensemble. Ne pouvant plus interrompre la publication de l'histoire de la Corse, c'est un surcroît de travail que je m'impose. Les lecteurs consciencieux, je l'espère, m'en tiendront compte par leur indulgence.

Je diviserai le traité du palper et de la version céphalique, par manœuvres externes, 1° en partie historique, 2° en partie théorique et pratique. Mais si dans la deuxième partie je serai attaché d'une manière absolue au sujet, je ne puis traiter la partie historique sans l'entourer des circonstances qui ont présidé au développement de ces moyens obstétricaux, soit chez moi, soit chez les autres ; car le palper et la version céphalique par manœuvres externes ont imprimé à toute l'obstétrique une marche nouvelle comme on va le voir.

Puisque je vais reprendre les publications obstétricales, je dois avant d'entrer en matière, remplir un devoir que je comptais accomplir à la fin de ma carrière. C'est de convenir que si dans les sphères officielles des hommes de science j'ai trouvé à Paris, non-seulement des petitesses, mais des taquineries, des persécutions, j'ai rencontré ailleurs des encouragements et des récompenses dont je dois témoigner publiquement une profonde reconnaissance.

Cette reconnaissance, je la dois en première ligne à la Corse mon département, lequel, trois mois à peine après ma rentrée de l'école m'avait fait une

clientèle médicale, chirurgicale, obstétricale, que jamais médecin n'avait encore réalisée dans l'île. Nommé professeur départemental d'accouchements, mis à la tête du service obstétrical de l'hôpital de Bastia, j'ai pu y réaliser en quelques années des observations nouvelles qui m'ont conduit à Paris.

Dans la capitale, la presse médicale a bientôt vulgarisé, encouragé ces idées ; mes écrits, mes cours théoriques et cliniques ont en peu de temps fait connaître aux élèves les principes et les résultats pratiques ; portées par la presse hors de Paris, à l'étranger, ces idées, ces résultats m'ont valu d'être en correspondance avec les principaux accoucheurs de l'Europe, d'être membre d'un grand nombre de sociétés savantes et d'académies françaises et étrangères.

Mais c'est à Paris surtout, qu'en dehors des grands corps savants officiels j'ai trouvé le plus de récompenses. Le public médical qui est aussi instruit qu'indépendant, et étranger surtout aux coteries de coulisses, m'a soutenu constamment.

Les confrères ne m'ont pas seulement accordé leur confiance pour leur venir en aide dans les cas graves de leur clientèle, ils m'ont fait l'accoucheur de leurs propres femmes. Déjà membre d'un grand nombre de sociétés savantes de Paris, je suis obligé de remercier ceux qui me voudraient inscrire dans d'autres. Enfin le public qui est si perspicace, si appréciateur du mérite en tout genre, le public de Paris m'a fait une position qui ne le cède en rien à celle d'autres qui, pour arriver, ont eu besoin de hautes protections ou des coups d'épaule de la faculté, des académies et d'autres auxiliaires moins scientifiques.

Je remercie mille fois et je remercierai toute ma

vie les membres du corps médical de Paris, de la France et de l'étranger qui ont soutenu mes efforts non seulement en dehors des sphères officielles, mais malgré les hommes qui planent en despotes dans ces sphères.

Si mon exemple pouvait être utile aux jeunes générations médicales, je leur dirais de chercher dans la science elle-même leurs plus profondes satisfactions, car rien n'égale la satisfaction de trouver une vérité ignorée, méconnue, surtout quand cette vérité est destinée à soulager les douleurs et les misères de nos semblables !!

Si le respect des maîtres est un devoir pour l'élève, si celui-ci doit considérer comme vérité momentanée tont ce qui est consigné dans les livres classiques ou enseigné dans les cours, il doit savoir aussi que les sciences n'ont pas de limites absolues ; elles progressent constamment et laissent toujours aux bons observateurs, aux travailleurs sérieux de nouveaux champs à explorer.

S'il y a quelque chose d'immobile, ce sont plutôt les hommes de science, quelquefois les plus haut placés, soit parce qu'ils n'ont eu rien à trouver, qu'ils ont vieilli dans telles ou telles idées, ou parce qu'ils ne voudraient pas voir autour d'eux un homme, une idée, qui ne sortît de leur cénacle. Souvent ils ont acquis leur position par le savoir faire encore plus que par le savoir et ne supportent pas d'ombrage autour d'eux.

Si les élèves comptaient plus sur leurs travaux personnels pour parvenir que sur la protection de ces maîtres, ils acquerraient plus de valeur que de perdre leur temps en coups d'encensoir et en bassesses qui exaltent les médiocrités, mais qui affaiblissent le vrai mérite quand ils ne le tuent pas au pied

de l'idole. La science et le public n'ont qu'à souffrir de ces procédés, aussi on ne saurait trop les faire connaître, les stygmatiser.

Pour faire ressortir la portée de ces procédés à mon égard je n'ai pas besoin de recriminer. Le temps a tempéré l'indignation qu'ils avaient pu faire naître en moi. Aujourd'hui je me contenterai de raconter froidement ce qui s'est passé, afin que d'autres en fassent leur profit.

Je pourrais dire à mes lecteurs ce qu'on dit aux élèves auxquels on apprend les fables, ayez la constance de lire tout le récit, la morale est à la fin ; mais comme mes lecteurs ne sont pas des enfants, je mettrai la morale au début de ce travail le reste n'en sera que la confirmation.

Lorsqu'Ovide exilé envoya à Rome le livre des Tristes qu'il venait de composer, il écrivit en tête ces vers :

Parve nec invideo, sine me liber ibis in urbem.
Hei mihi ! quod domino non licet ire tuo.

C'est ce que j'ai dit il y a 24 ans à mes idées ; *allez mes enfants courir les chances de l'avenir dans le monde savant ; quoique vivant exilé de la terre officielle, je ne serai pas jaloux de vos succès* ! En effet ces idées qui, sous ma main et sous la main d'autres que moi, fleurissent déjà sur le terrain de la théorie et de la pratique, ont fini par germer jusque sur le sol ingrat de l'École officielle de Paris, et elles y pousseront de plus en plus malgré le mauvais vouloir de ceux qui auraient dû les y cultiver depuis bien des années. Tant vaudrait-il par conséquent que cette École leur ouvrît franchement ses portes.

PRÉLIMINAIRES

Le palper abdominal est un moyen d'exploration et la version par manœuvres externes est une des opérations importantes de l'obstétrique ; c'est-à-dire que ce sont là deux sujets tout à fait divers, et qu'on devrait traiter séparément, même pour la partie historique. Mais le palper, à proprement parler, n'a pas d'histoire. Si avant moi on avait porté la main sur le ventre des femmes grosses, au point de reconnaître quelquefois même des parties fœtales, le palper, avant moi, n'a jamais été étudié à part d'une manière sérieuse, détaillée, scientifique ; et c'est par un procédé déloyal qu'on a voulu le rattacher à la version céphalique dans les études historiques qui ont été publiées après mon *Essai sur l'accouchement physiologique* (Paris 1855).

La version céphalique, au contraire, a une histoire très ancienne que nous allons étudier, mais plus ou moins confondue avec la version podalique dans les auteurs classiques. Ces deux opérations sœurs sont même la conséquence des principes qui ont prévalu dans la science et qui ont accordé leurs faveurs tantôt à l'une tantôt à l'autre, de sorte que pour faire avec fruit l'histoire de la version céphalique, il faut faire aussi l'histoire de la version pelvienne ; bien plus, il faut faire l'histoire des principes qui les ont engendrées toutes les deux.

Ce n'est pas le hasard qui m'a conduit à l'étude approfondie du palper, pas plus qu'à donner à la version cépha-

lique une extension qu'on ne lui avait pas encore donnée ; c'est un principe qui m'y a guidé comme nous le verrons plus loin. Aussi mes recherches ont été tout d'abord cliniques et non bibliographiques. Je n'avais pas la prétention d'être le premier à palper le ventre d'une femme enceinte, je n'avais pas la prétention d'être le premier à imprimer, par des pressions externes, des changements à un fœtus mal placé pendant l'accouchement, de sorte que la question de priorité absolue ne me préoccupait pas. Du reste à Bastia où j'étais encore en 1855, ma bibliothèque obstétricale se bornait aux livres classiques de Chailly et de Caseaux et j'ignorais complètement une foule de travaux ou plutôt de passages sur la matière qui ont été exhumés après ma publication.

Cette ignorance, dont je ne rougis pas, m'a peut-être été plus utile que nuisible, parce que parti d'un principe nouveau j'ai suivi des chemins nouveaux. Si j'avais tout d'abord approfondi l'historique comme je vais le faire aujourd'hui, j'aurais été peut-être l'esclave des idées d'autrui.

Puisque dans les travaux qu'on a publiés sur la version céphalique après mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, on a mêlé le palper abdominal à la version par manœuvres externes, je suis forcé de traiter simultanément les deux sujets dans mon historique ; ce sera une démonstration de plus en faveur de ma manière de voir.

Je diviserai mon historique en huit époques ou périodes distinctes.

Dans la première période, si on a palpé le ventre des femmes grosses ; si, pendant le travail de l'enfantement, on a cherché à modifier la position d'un fœtus mal placé, on l'a fait d'une manière empirique, je dirai presque instinctive, en dehors même des médecins.

Dans la seconde période, dite hippocratique, on a eu des principes qui servaient de guide aux sages-femmes et aux médecins. Admettant que la présentation de la tête était la seule naturelle, et que lorsque l'enfant présentait une autre partie, au moment du travail, il ne pouvait naître sans mettre en danger sa vie et celle de la mère ; alors on prescrivait de ramener si l'on pouvait toutes les pré-

sentations à celle du sommet. C'est l'origine de la version céphalique opérée par des manœuvres internes ou par la succussion. Il n'était encore question ni de palpation ni de manœuvres externes, ou elles étaient faites sans qu'on y attachât d'importance.

Dans la troisième période, les principes hippocratiques furent encore en vigueur sur la présentation du vertex, mais on fut moins absolu sur les dangers de la naissance des enfants par le siége et les pieds ; de sorte que si on ne pouvait pas ramener la tête pendant le travail, on prescrivait d'aller chercher les pièds, s'ils n'étaient pas éloignés. C'est l'origine de la version podalique. Jusqu'ici il n'était encore question ni du palper ni des manœuvres externes.

Dans la quatrième période, qui fut le temps de l'ignorance et de la barbarie, on suivit les idées hippocratiques et la version céphalique fut seule recommandée ; mais comme les matrones seules professaient l'obstétrique, la version céphalique elle-même fut plus mal exécutée qu'auparavant ; à plus forte raison, il ne fut question ni de palper ni de manœuvres externes.

Dans la cinquième période, qui correspond à la Renaissance, deux courants s'établirent : le courant médical qui était disposé à développer les idées hippocratiques, c'est-à-dire la version céphalique, le courant chirurgical qui tendait à se prononcer pour la version podalique ; mais l'une et l'autre n'étaient encore exécutées qu'au moment du travail. Il commence à être question de manœuvres externes pendant l'accouchement.

Dans la sixième période, les deux courants s'accentuent de plus en plus, et comme l'obstétrique passe entre les mains des chirurgiens, la version podalique est perfectionnée par eux, pendant qu'ils déclarent la version céphalique difficile ou impossible durant le travail. Les médecins, tout en perdant du terrain, continuent à professer les idées hippocratiques et perfectionnent de leur côté la version céphalique en prescrivant des manœuvres internes et même externes pendant le travail avant la rupture des membranes. Quelques

accoucheurs l'opèrent même avant l'accouchement, mais seulement dans les présentations du tronc, considérant comme naturelles les présentations du siége, des pieds et de la face. Ici on palpe le ventre avant et pendant l'accouchement, mais sans règles et par accident, sans en faire une méthode générale de diagnostic obstétrical. C'est sur le toucher vaginal et l'auscultation surtout qu'on base le diagnostic des présentations.

C'est à la septième période que correspondent mes recherches sur le palper, non-seulement employé journellement, mais généralisé, rattaché à des principes scientifiques. Je lui ai donné tant de valeur et de précision que je l'ai mis au-dessus du toucher vaginal et de l'auscultation comme diagnostic pendant la grossesse. C'est à cette même période que faisant revivre les idées hippocratiques, j'ai déclaré, non-seulement, la présentation du sommet seule physiologique, j'ai rendu ce principe réalisable en ramenant par des manœuvres externes pendant la grossesse ou au moment du travail toutes les présentations (tronc, pieds, siége, face) à cette présentation du sommet.

Pendant la huitième et dernière période on me dispute la priorité en exhumant quelques passages d'auteurs, on déclare mes résultats impossibles, jusqu'à ce que ceux qui me critiquent puissent eux-mêmes les reproduire pour s'en attribuer en grande partie le mérite d'une manière plus ou moins ostensible.

PREMIÈRE PÉRIODE

On palpe parfois le ventre des femmes grosses, et pendant l'enfantement on cherche quelquefois à modifier la position d'un fœtus qui se présente mal pour en faciliter la sortie ; mais on le fait d'une manière empirique, je dirai presque instinctive, en dehors même des médecins.

Si Adam et Eve ont existé, quand celle-ci sentit pour la première fois un enfant se mouvoir dans son ventre,

elle dut s'en assurer en appliquant la main à l'extérieur, et, une fois sûre, elle dut y porter la main d'Adam pour qu'il perçût lui-même ces mouvements. C'est-à-dire que ce palper, pour ainsi dire instinctif, est aussi ancien que l'intelligence de l'espèce humaine.

Chercher donc la priorité absolue du palper obstétrical, ce serait courir après un fantôme qui s'éloignerait à mesure qu'on croirait en approcher, car des premières femmes intelligentes, ces explorations sont descendues aux matrones et aux premiers empiriques ; peut-être les grands-prêtres, qui ont gardé longtemps le monopole de l'art de guérir, ont aussi porté la main sur le ventre de la femme grosse ou en travail, pour acquérir des notions utiles à la mère ou à l'enfant.

Il en est de même de la priorité absolue de la version céphalique ou des manœuvres tentées pendant le travail pour redresser, faciliter la sortie d'un fœtus qui se présente mal. On aurait une opinion erronée de l'espèce humaine, si on lui refusait l'observation journalière de la facilité et de la difficulté de l'accouchement. Bien avant les grands-prêtres et bien avant les médecins, assurément les matrones ont constaté que la naissance par la tête était la plus fréquente et la plus facile, de sorte que lorsqu'un enfant s'est présenté par une autre partie que la tête, ces matrones ont essayé de faire rentrer un membre incomplètement sorti si la tête était voisine, ou de tirer sur ce membre pour extraire l'enfant lorsqu'on ne pouvait le rentrer. L'usage d'une main introduite dans les parties génitales pour opérer ces manœuvres implique, presque nécessairement, l'application de l'autre main à l'extérieur pour les faciliter. Voilà l'origine des deux versions, si l'on veut. Ces premiers rudiments du palper et de la version nous expliquent pourquoi les paysans pour constater la grossesse des femelles animales ne s'en tiennent pas exclusivement au volume du ventre, et qu'ils s'en assurent en appliquant la main surtout dans le flanc droit jusqu'à ce qu'ils sentent les mouvements actifs des petits. Les paysans les plus ignorants n'attendent pas

le vétérinaire pour tirer sur les membres d'un petit qui ne veut pas sortir, quand les femelles des animaux domestiques mettent bas.

Ceci nous explique pourquoi, en Russie, devant un accouchement difficile, on essaie de modifier la présentation du fœtus par des manœuvres externes jusqu'à faire piétiner le ventre de la femme par un homme robuste ou le mari donne à cette femme quelques coups de pieds au bas des reins dans l'espoir de changer plus favorablement la présentation fœtale.

Ceci ne nous étonne pas qu'au Japon (1), des manœuvres externes, une sorte de massage, soient si bien pratiquées sur le ventre d'une femme qui ne peut accoucher, que ces manœuvres ont reçu un nom particulier, *Seitai* (amélioration de la position du fœtus).

Mais on chercherait en vain dans ces manœuvres, dans ces explorations, des observations, des règles pouvant guider d'autres personnes qui se trouveraient dans le même cas. Tout est aventure, inspiration individuelle, tout est expérience perdue même dans les cas de réussite.

Cette période empirique qui est la plus ancienne de toutes, dure encore de nos jours, au milieu des peuples barbares où la médecine proprement dite, ou plutôt l'obstétrique scientifique, n'a pas encore pénétré; heureusement que chez ces peuples les accouchements difficiles sont excessivement rares.

DEUXIÈME PÉRIODE DITE HIPPOCRATIQUE

Ici on a des principes qui servent de guide aux sages-femmes et aux médecins. On admet que la présentation de la tête est seule naturelle, et que lorsque l'enfant présente une autre partie du corps au moment du travail, il ne peut naître sans mettre en danger sa vie et celle de la mère ; aussi l'on prescrit de ramener, si l'on peut, toutes les présentations à celle du sommet par des manœuvres internes ou par la succussion.

Les livres hippocratiques qu'on ne saurait trop lire

(1) Versuch einer geschichte des geburts-hülfe von E. C. J. Sie-

et méditer, représentent non-seulement les vieilles connaissances enseignées dans les temples et dans les portiques des philosophes, ils représentent les observations sérieuses d'une suite de médecins dont Hippocrate a été le plus remarquable. Les livres obstétricaux qui font partie de la collection, précisément sont, d'un avis général, les plus récents (1).

Relativement au sujet qui nous intéresse, nous trouvons divers principes et diverses pratiques qui sont l'application de ces principes.

On croit dans les livres hippocratiques, que tous les enfants dans le sein de la mère se développent en se tenant accroupis la tête en haut et les pieds en bas, pour se retourner vers le huitième mois. Ainsi nous lisons dans le Livre de la Naissance à 8 mois, § 10 : « La naissance approchant, l'enfant commence à souffrir et court risque de la vie quand il se tourne dans la matrice. Tous sont produits ayant la tête en haut, et la plupart viennent au monde la tête en avant ; accouchement qui est plus sûr que l'accouchement par les pieds, etc. »

Ces idées reproduites en divers autres livres ne sont

bold, t. 1er, p. 51. — Berlin 1839, et *Journal de Siebold*, 1826, no VI, 3e part., p. 693.

(1) Les livres qu'on peut appeler obstétricaux de la collection hippocratique portent pour titre.

De la naissance à 7 mois ; — de la naissance à 8 mois ; — de la génération ; — de la nature de l'enfant ; — des maladies des femmes ; — des maladies des jeunes filles ; — des femmes stériles ; — de la superfétation ; — de la dentition ; — de la nature de la femme ; — de l'excision du fœtus.

Cet ordre est plutôt celui de l'ancienneté généralement admise que l'ordre logique et scientifique ; mais il faut lire aussi les autres traités généraux de la collection et en particulier les livres des épidémies, les aphorismes, etc., pour avoir une idée exacte de l'obstétrique des temps hippocratiques.

Me proposant de faire une large étude de l'histoire, j'avais déjà publié celle de l'obstétrique chez les anciens Hébreux (1857). J'avais commencé la même étude chez les Grecs, ainsi de suite, mais les procédés que l'école de Paris a employés à mon égard m'ayant dégoûté, les notes en sont encore dans mes cartons.

cependant pas absolues ; ainsi l'auteur du Livre de la Génération et de la Nature de l'enfant, § 28, après avoir dit que l'enfant se tient ramassé dans la matrice, déclare que : « Il n'est pas possible de décider quand même on verrait l'enfant dans la matrice si la tête est en haut ou en bas. »

Un autre principe exprimé dans les livres hippocratiques, est que le fœtus, après s'être reposé de la culbute (comme on l'a appelée depuis) se mettait en devoir par ses propres efforts de rompre les membranes et de sortir au dehors la tête la première. S'il ne le fait pas, c'est qu'il est faible, malade ou mort. (*Livre de la nature de l'enfant*, § 30 et ailleurs).

Dans le Livre de la Génération et de la Nature de l'enfant, § 30, il est dit : « L'enfant, par ses mouvements, rompt les membranes comme le poussin brise la coque de l'œuf. »

Dans le Livre des Maladies de la femme, en parlant des accouchements difficiles par suite de la présentation de l'enfant, on y lit, § 33 : « En général, c'est que l'enfant vient de côté ou par les pieds ; or, il faut qu'il vienne par la tête. Ce cas peut se comparer à un noyau d'olive, qui mis dans un vase à goulot étroit ne peut être retiré de côté.... venir par les pieds est encore une mauvaise position et souvent il en résulte la mort de la mère ou de l'enfant ou de tous les deux. »

C'est-à-dire que pour l'époque hippocratique la présentation du sommet était la seule naturelle. La comparaison du noyau d'olive qu'on ne peut faire sortir en travers était juste, mais on aurait pu croire que ce noyau pouvait sortir par un bout ou par l'autre, tandis que l'auteur déclare le bout céphalique seul naturel. Il ne dit pas précisément que l'accouchement par les pieds est impossible, comme quelques auteurs l'ont prétendu, non, les livres hippocratiques disent que cet accouchement est dangereux, ce qui est indéniable. Ces idées sont encore reproduites dans le Livre de la Naissance à 8 mois, dans le Livre de la Superfétation et ailleurs.

La conséquence de ces principes était tout naturelle.

c'est qu'il fallait ramener artificiellement la tête de l'enfant à l'orifice quand ce fœtus présentait une autre partie, et pour cela on conseille dans les livres hippocratiques la succussion et les manœuvres internes.

La succussion devait être un moyen routinier, reproduit en détail par les livres hippocratiques (excision du fœtus), cependant dans le 5e livre des épidémies, § 103, on dit que : « La femme de Simus ayant été secouée dans l'accouchement, il lui survint de la douleur à la poitrine, et mourut quelques mois après. »

Les manœuvres opérées pendant le travail étaient plus importantes, quoique ces manœuvres ne soient pas décrites. Ainsi on lit dans le Livre des Maladies de la femme, § 70 : « Lorsque l'enfant est mort dans le sein de la mère, et qu'il a une jambe ou un bras dehors, mieux est de faire une version (sur la tête ?), si la chose est possible, fendre la tête avec le bistouri, l'écraser avec un compresseur, etc. »

Dans le Livre de la Superfétation, § 7, on prescrit encore « d'introduire la main, armée d'un instrument tranchant, couper le cou, etc., » ce qui est encore plus détaillé dans le livre sur l'excision du fœtus.

Ici, bien entendu, on prenait pour enfant mort celui dont les membres n'exécutaient plus de mouvements, ce qui fait qu'au temps hippocratique on faisait souvent, sans s'en douter, l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Dans les divers livres hippocratiques, il est question d'examen du ventre de la femme pendant la grossesse et l'accouchement, notamment dans les Livres de la Nature de la femme et de la Superfétation, ce qui paraissait être réservé aux matrones. (*Livre de la Nature de la femme*, § 2, 6). Dans les cas graves, le médecin procédait aussi aux explorations internes, mais il n'est jamais question du palper au point de vue de l'enfant, quoiqu'on palpât le ventre pour d'autres renseignements.

Ces principes et ces applications reproduits en divers passages des livres hippocratiques, montrent des vérités et des erreurs. Ainsi l'observation évidemment anté-

rieure aux temps hippocratiques que la présentation du vertex est la plus naturelle de toutes, cette vérité n'a pu être contestée par personne, tandis que l'idée de la culbute, comme fait général, est une erreur. Quant à ramener toutes les présentations à celle du vertex pendant le travail, c'était bien à désirer, mais la chose était presque toujours irréalisable par la succussion et même par des manœuvres internes.

TROISIÈME PÉRIODE

Les principes hippocratiques sont encore en vigueur sur les présentations du vertex, mais on est moins absolu sur les dangers de la naissance des enfants par le siége et par les pieds, de sorte que si on ne peut ramener la tête pendant le travail, on prescrit d'aller chercher les pieds quand ils ne sont pas éloignés. C'est l'origine de la version podalique. Jusqu'ici il n'est encore question ni du palper ni des manœuvres externes.

Pendant que la Grèce était florissante au point de vue des études scientifiques, Rome commençait à grandir au point de vue de la politique et de la puissance militaire qui devait soumettre la Grèce elle-même.

L'école d'Alexandrie qui absorbe désormais les diverses écoles grecques, cependant va fleurir longtemps encore, surtout pour l'obstétrique. Ainsi Aristote continue les idées de la culbute, et indique les manœuvres internes pour ramener la tête, seule présentation naturelle, quand l'enfant présente une toute autre partie au moment de l'accouchement ; mais voyons ce qui se fait à Rome, devenue le nouveau centre des travaux scientiques.

Celse ouvre ici la voie pour suivre les idées hippocratiques tout en les perfectionnant. La vue d'enfants nés vivants, en venant par la siége et même par les pieds devait amoindrir les craintes hippocratiques, et si on n'avait pas vu d'autres exemples, on venait de voir celui d'Agrippa dont le nom (ægre partus, accou-

chement pénible), indique l'idée qu'on avait encore de la naissance par les pieds. Plus tard on lui attribua une mauvaise influence sur le caractère. Ainsi Caligula, Néron, seraient nés par les pieds. Comme on va le voir, Celse ne parle cependant que de l'extraction de l'enfant mort, mais il conseille la traction sur les pieds si ces parties ne sont pas éloignées, pendant qu'il fait toujours la version céphalique dans les présentations en travers. Voici son passage, liv. VII, cap. XXIX, Manière de tirer le fœtus mort du ventre de la mère (1) :

« Dès qu'on a introduit la main dans la matrice et « qu'on l'a portée sur l'enfant mort, on sent tout de « suite comment il est tourné : car il présente ou la « tête ou les pieds, ou bien il est placé en travers ; mais « dans cette dernière position presque toujours de façon « qu'une de ses mains ou un de ses pieds n'est pas « éloigné de l'orifice de la matrice. Le but du médecin-« chirurgien dans cette opération est de diriger avec la « main l'enfant de manière qu'il présente la tête ou « même les pieds, s'il est tourné autrement. Si l'enfant « ne présente qu'une main ou un pied, le chirurgien le « saisira par cette partie et le redressera, dans le pre-« mier cas sur la tête, dans le second sur les pieds ; et « alors si la tête est à proximité, il enfoncera ou dans « l'œil ou dans la bouche ou dans l'oreille un crochet..... « Il tire l'instrument avec la main droite, tandis que la « gauche qui est dans la matrice est occupée à diriger « le fœtus.... Lorsque l'enfant présente les pieds, il « n'est pas difficile de l'extraire en le saisissant par ces « parties avec les mains. »

Galien quoique ne s'étant pas arrêté beaucoup à l'obstétrique pratique dit cependant (2) que l'accouchement naturel est celui de la tête et s'extasie comment tout soit si bien combiné pour que le fœtus ouvre les voies pour se frayer un chemin sans froisser la mère et sans se casser les membres ; aussi, dit-il, quelle différence

(1) Traduit dans l'*Encyclopédie*, Paris, 1837, p. 366-367.

(2) Traité *De usu partium*, liv. XV, ch. VII.

entre la facilité de cet accouchement et celui où un membre vient avec la tête et surtout qu'une jambe un bras sortent les premiers, sans que l'enfant ne soit suffoqué? Il n'y aurait pas, dit-il, un enfant de sauvé à peu près sur quatre cents.

Nous allons de nouveau en Grèce ou plutôt à l'école d'Alexandrie où nous verrons développer les idées que nous venons de voir dans Celse.

Le livre de Moschion qui nous reste, c'est-à-dire, un catéchisme par demandes et par réponses destiné à l'instruction des sages-femmes, nous permet de juger le rôle encore fort grand de celles-ci en Grèce, tandis que Celse nous montre le rôle du médecin-chirurgien à Rome; du reste l'époque où a vécu Moschion n'a pas encore été précisée.

Après avoir indiqué les quatre présentations de l'enfant (tête, pieds, tronc, siége), et une foule de variétés ou positions de ces présentations, Moschion indique aussi longuement que d'une manière vague ce que la sage-femme doit faire pour rectifier la position du fœtus, pour faciliter sa sortie, et il termine au chapitre CXLVIII, par ces mots : « Nondum tamen statim ipsum obstetrix educat ; sed cum progredi inceperit, manum immittens manus ejus apprehendat, ipsasque educat, ne expansa brachia intus hœreant. Sed e binis sitibus preferendus ille est ubi fœtus capite prodit (1) ».

On pourrait résumer tout ce que dit Moschion par ces mots : La sage-femme fera le mieux qu'elle pourra pour faciliter l'extraction de l'enfant ; mais elle préférera toujours ramener la présentation de la tête. Ceux qui ont vu dans Moschion la version podalique l'ont sans doute confondu avec Celse ou ont prêté au médecin grec une intention qu'il n'a pas nettement formulée.

Les craintes hippocratiques pour les présentations autres que celle du vertex perdaient cependant toujours du terrain en Grèce.

Nous voyons Philumenus accoucheur et embryoto-

(1) *De mulierum passionibus liber.* (Trad. lat. avec texte grec en regard). — Viennæ, 1793.

miste remarquable dont la date n'a pas été tout à fait fixée, abonder dans le sens du médecin romain. Malheureusement ce que nous connaissons de Philumenus, ne nous vient que par Aetius qui a vécu bien plus tard.

Le transport de l'empire à Byzance (330) par Constantin, devait faire perdre à Rome son éclat, et si la Grèce, tout en soutenant sa réputation scientifique avait eu quelque tendance à incliner vers Rome, c'est vers Constantinople désormais que se dirigent les savants. C'est à Constantinople ou en Asie Mineure que nous trouvons Aetius et Paul d'Egine, les derniers restes de l'obstétrique grecque.

Aetius nous a plutôt laissé une compilation qu'une œuvre originale. L'art de guérir commençait à entrer en décadence ; on se contentait de reproduire au lieu de chercher ; mais le chapitre qui est le plus intéressant, à notre point de vue, est celui où Aetius donne les prescriptions de Philumenus dont les écrits ne sont pas arrivés jusqu'à nous.

Le XXIIIe chapitre intitulé *De fœtu extractione et excisione* donne en détail les connaissances du temps, et comme dans Celse, elles s'adressaient au médecin-chirurgien, non à la sage-femme. Sans contredire les principes hippocratiques sur la préférence à accorder à la version céphalique, Philumenus ne craint pas de tirer sur les pieds, d'aller chercher ces membres même dans la présentation de la tête quand on ne peut faire autrement, et si la tête reste enclavée, il la saisit avec deux crochets, un de chaque côté. Enfin il broie les os pour les extraire avec une pince dentée (forceps dentarius aut ossarius). Malgré les détails dans lesquels entre Philumenus pour ces opérations, et Aetius pour le copier, il n'est question ni de palper ni de manœuvres externes. Tout est fait pendant le travail par des manœuvres internes, et sans doute, lorsque la sage-femme ne pouvait plus terminer l'accouchement.

Paul d'Egine clôt au VIIe siècle, la troisième période, et quoique son recueil embrasse toute la médecine, il insiste sur l'obstétrique que l'auteur exerçait de préfé-

rence, au point de mériter des Arabes, ses contemporains et ses successeurs le titre d'accoucheur.

Paul d'Egine dans le 74[e] chapitre du 6[e] livre de son recueil parle tout au long des opérations obstétricales en répétant plus ou moins ce qu'avait dit Aetius, mais sans parler de la version podalique que Celse et surtout Philumenus avaient pratiquée. C'est la tête qu'il cherche à avoir quoiqu'il le dise un peu vaguement. « *Verum ubi fœtus preter naturam figuratus fuerit naturalem reddere figuram decet, partim pellendo, partim adducendo partim flectendo, partim in rectum agendo* » et quand il peut atteindre la tête avec les instruments, il opère la crâniotomie comme la décrit Aetius. Ici, pas plus qu'ailleurs, il n'est question, ni de palper, ni de manœuvres externes.

QUATRIÈME PÉRIODE

Cette période correspond à la décadence de l'art de guérir et conséquemment de l'obstétrique par suite des invasions barbares. On suit les idées hippocratiques et la version céphalique est seule recommandée; mais comme les matrones presque seules professent l'obstétrique, la version céphalique elle-même est plus mal exécutée qu'auparavant ; à plus forte raison il n'est question ni de palper ni de manœuvres externes.

Le déplacement de l'Empire à Constantinople, l'espèce de relâchement en toute chose des empereurs, les idées religieuses qui, comme un narcotique avaient affaissé l'initiative scientifique pour abandonner la Société à la vie mystique et contemplative; les invasions des barbares qui profitaient de cette faiblesse pour s'emparer des richesses du vieux monde ; voilà l'état où l'Europe resta plongée du VII[e] au IX[e] siècle.

Cette période peut être subdivisée en trois autres correspondant à la médecine arabe, à la médecine monastique et à l'établissement des universités. Si, dans toutes les trois, les matrones sont chargées de l'obsté-

trique, le rôle du médecin-chirurgien a encore quelque importance sous les Arabes. Il est nul dans la médecine monastique, si tant est que l'art de guérir subsistât encore, enfin il commence à reprendre à l'ouverture des universités ; mais faiblement, parce que l'obstétrique finira par être partagée entre la sage-femme, le médecin et le chirurgien.

Un peuple nouveau, situé à proximité de Constantinople et de la Grèce, le peuple arabe, avait profité des connaissances scientifiques et médicales qui s'éteignaient en Occident, et sous la bannière religieuse de Mahomet il devait marcher à la conquête de l'Occident, pendant que du fond de la Germanie d'autres barbares devaient fondre sur l'Empire romain pour s'en partager les dépouilles.

Les livres hippocratiques ayant été traduits en syriaque et en arabe servirent de règle dans les écoles de l'Asie Mineure et de l'Espagne qu'établirent les Arabes après la conquête ; c'est-à-dire que la présentation de la tête étant considérée comme seule naturelle, c'est à ramener la tête que devaient tendre les timides efforts des matrones et les manœuvres des hardis médecins d'Islam. Albucasis qui vivait au XII[e] siècle en Espagne nous donne à la fois la description et la figure des instruments qu'on employait dans les accouchements difficiles, destinés à repousser toute partie fœtale pour favoriser la présentation de la tête, et à diviser, broyer cette partie avec des pinces dentées quand on ne pouvait l'avoir autrement.

Les médecins arabes ne connaissaient peut-être pas Celse ; ils ne connaissaient pas Philomenus et Aetius qui recommandaient d'agir sur les pieds pour extraire l'enfant. Ils connaissaient bien Paul d'Egine, mais nous avons vu que ce médecin ne parlait pas de la version podalique. Avicenne cependant tout en considérant la présentation du vertex comme seule naturelle, dit dans son *Canon* que l'accouchement par les pieds est celui qui mérite le second rang surtout si les bras restent appuyés au tronc pendant la sortie de l'enfant.

Albucasis (1) conseille à la sage-femme de presser fortement sur le ventre dans les accouchements difficiles pour faciliter la sortie de l'enfant.

Avant même que les Arabes eussent fait la conquête de l'Asie Mineure, du Nord de l'Afrique et de l'Espagne, le vieil empire romain n'avait pas seulement cessé de conquérir, il avait cessé de se défendre. Il passa de la mollesse à la dévotion du christianisme et les soldats furent remplacés par des couvents de moines qui devaient couvrir la vieille Europe, moines dont l'existence se passait en contemplation et en pratiques ascétiques, qui furent la cause principale de la faiblesse dont profitèrent les barbares du Nord pour faire au sud de l'Europe ce que les Arabes avaient fait au nord de l'Afrique et en Espagne.

Des nombreux couvents qui s'érigent, quelques-uns pourtant songent à recueillir les vieux auteurs et à s'occuper de médecine. L'abbaye de Montecassini non loin de Naples est de ce nombre au VI[e] siècle, et cette abbaye devait engendrer au X[e] siècle l'école de Salerne. Charlemagne tout en relevant l'empire d'Occident, essaie bien dès le commencement du IX[e] siècle de relever le goût des études dans les corps monastiques, et jusque dans son palais, mais l'esprit religieux l'emportera encore longtemps.

La médecine qui sort des couvents ne veut plus d'abord s'occuper de chirurgie ; elle a horreur du sang, excepté dans les guerres de religion, et les manœuvres chirurgicales sont confiées à des barbiers. Quant à l'obstétrique, elle reste entre les mains ignorantes des matrones. Les Arabes, c'est-à-dire ceux qu'on appelait des barbares, étaient au moyen-âge les plus avancés dans l'art de guérir comme en bien d'autres choses, et c'est plus des médecins arabes que des médecins grecs et romains que va surgir la nouvelle médecine ; or, nous savons que ces médecins dans leur absolutisme, en étaient encore aux idées Hippocratiques.

L'ouverture des Universités, la fondation de diverses

(1) In Spachius Albucasis, liv. II, ch. 75.

écoles, en Italie, en France, en Allemagne, annoncent la renaissance des lettres et des sciences ; mais il faudra encore du temps pour que le sujet qui nous occupe entre dans la voie du progrès.

Au milieu du XIIe siècle l'école de Salerne donne sous le nom de Trotula le premier livre du moyen-âge qui traite de l'obstétrique, sans doute pour dissiper l'ignorance crasse où étaient alors les sages-femmes ; mais non seulement ce livre ne parle ni de version céphalique ni de version pelvienne, il est de beaucoup inférieur au catéchisme de Moschion.

Nous voyons à Montpellier au milieu du XIVe siècle Guy de Chauliac, on peut dire le fondateur de la Chirurgie moderne, abandonner aux sages-femmes jusqu'aux opérations de l'embryotomie.

CINQUIÈME PÉRIODE

Cette période correspond à la renaissance des lettres et des sciences. Deux courants s'établissent, le courant médical qui est disposé à développer les idées hippocratiques et la version céphalique, le courant chirurgical qui tend à se prononcer pour la version podalique; mais l'une et l'autre ne sont exécutées qu'au moment du travail. Il commence à être question de quelques manœuvres externes sans cependant qu'on s'y arrête.

Si les corporations religieuses en gardant le monopole des connaissances humaines, si les papes en ouvrant des universités par les Décrétales, tentaient de rester toujours les maîtres du mouvement intellectuel, ce mouvement finit par se séculariser. La fuite des savants de l'Orient en Italie pour éviter les Arabes, le commerce de l'Italie et de la France avec l'Orient pendant les croisades et les voyages particuliers des chercheurs font venir en Occident, non-seulement les auteurs arabes, mais les auteurs grecs et romains qu'on s'empresse de copier. Enfin la découverte de l'imprimerie vient les vulgariser. Le XVe et surtout le XVIe

siècles donnent aux connaissances médicales, une immense impulsion qui ne devait plus se ralentir, et dont l'obstétrique tira son profit.

Un fait surtout caractérise cette époque, c'est la séparation tranchée entre la médecine et la chirurgie qui jusque-là avait été incertaine. La chirurgie sortant des mains des barbiers, s'affranchissant de la tutelle de la médecine, s'élève par l'étude de l'anatomie et de la clinique à la hauteur de la médecine elle-même. Paris surtout offre deux corporations qui personnifient cette division, le collége de chirurgie et la faculté de médecine. Les matrones conservent encore un grand rôle, mais qui diminuera promptement comme nous allons le voir.

L'Italie, l'Allemagne ne restent pas en arrière, mais là c'est plutôt le courant médical qui se prononce et l'obstétrique devait se ressentir de cette direction ; ce sont les idées hippocratiques qui y dominent, c'est dire la recommandation de la version céphalique. L'ignorance des matrones étant le point le plus pressant à corriger, c'est pour y remédier, encore plus que pour faire des traités d'obstétrique, que nous voyons paraître les livres d'Albert le Grand (1500), et de Rhodion (1513) en Allemagne, les premiers qui aient paru sur la matière par la voie de l'imprimerie.

Dans le livre Ier, ch. II, du livre de Rhodion, l'enfant est décrit et figuré la tête en haut, se tenant accroupi dans la matrice. Dans le ch. IV, où l'auteur cite Avicenne et Albert le Grand après avoir cité Hippocrate, il déclare la présentation de la tête seule naturelle. Mais s'il considère la naissance par les pieds non naturelle, il ne craint pas de tirer sur ces membres réunis ensemble ou d'aller les chercher quand ils ne sont pas éloignés, tandis que dans les présentations des bras « la sage-femme doibt repousser l'enfant en dedans par les épaules jusqu'à ce qu'icelle main soit remise au costé et puis le recepuoit par la teste » (1), et en parlant de la présentation du siége « si l'enfant est viré sur le cul....

(1) Rhodion trad. par P. Biencassis. — Paris 1563, p. 36-37.

la sage-femme doit mettre la main en dedans et surlever l'enfant jusqu'à ce qu'il tombe sur les pieds.... combien qu'il serait beaucoup meilleur si elle le pouvait tourner sur la teste. »

Jacques Rueff qui a écrit à la fin du XVI[e] siècle, dans son traité *De conceptu et generatione hominis*, renchérit en Allemagne sur les idées hippocratiques encore plus que Rhodion, car il veut absolument qu'on ramène toutes les présentations à celle de la tête, sans en excepter même celle des pieds. Il est bon à ce propos de reproduire son propre texte : *Supina in lecto reclinabit se parturiens.... sublimioribus natibus*; *quo facto obstetrix ventrem ipsius præcordia versus mediocriter stringet, ut in uterum infantem ipsius repellat*, *et alia forma prodeundi occasionem ministrat. Ante omnia autem curabit ut faciem infantis tergo matris obvertat, deinde infantis nates et crura a umbilicum matris versus elevet ut ad legittimum partum acceleret.* Plus loin, à propos de la présentation du tronc, il dit *submovendo inquam nates et ad exitum dirigendo caput* (1), ainsi de suite dans les douze présentations non naturelles qu'il admet et dans lesquelles il prescrit toujours de ramener la tête à l'orifice utérin.

Il n'est pas question, dans le volume de Rueff, de ce qu'il fallait faire quand la sage-femme ne réussissait pas dans ces manœuvres, et cependant la non réussite devait être la règle, tentant la version céphalique après la rupture des membranes. C'est qu'alors on avait recours au chirurgien, lequel considérant l'enfant comme mort, faisait l'embryotomie ou sortait le fœtus comme il pouvait. Du reste Rueff décrit et représente de fortes pinces (forceps longa et tersa), pour écraser la tête ou la saisir et la tirer au dehors une fois entamée par le couteau.

Thom Bartholni (*De insolitis partus humani viis*, in-12, Hagœ comitum 1740, ch. VII, p. 142), dit à pro-

(1) *De conceptu et generatione hominis*, lib. IV, chap. II, Francfort ad Mœnum, 1580. — La I[re] édition est de 1554.

pos de la version céphalique : « Si fœtus in utero vitiosus fuit ut exinde exitus impeditus, intromissi digiti inunctis obstetrix ad legitimum convenientemque positum debuisse convertere, seduloque impellendo, deducendo, flectendo, dirigendo procurare ut caput primum propenderet, quæ cura hic et ubique obstetricum est. Pedem vel manum editam et extra propendentem in utero reducere convenit, etc. »

Les idées hippocratiques ne devaient pas recevoir le même accueil en France où la chirurgie sur ce point comme sur d'autres se séparait des vieilles traditions. Ambroise Paré qui personnifie précisément la chirurgie au milieu du XVI[e] siècle, est le premier à insister sur la version podalique.

Paré avait connu le livre de Celse comme il le dit dans ses œuvres; avait-il, soit en France, soit en Italie, où il était allé avec les armées françaises, connu les livres de ceux qui avaient écrit sur la version podolique, Philumenus, Moschion, Ætius? La chose n'est pas sûre, mais il est probable que non; dans tous les cas il avait connu Rhodion et peut-être Rueff dont il reproduit les figures sans dire où il les a prises. Du reste Franco, presqu'en même temps que Paré, recommandait la version podalique.

Au chap. XIV du livre de la génération, Paré dit qu'il est difficile d'indiquer une position constante dans laquelle se tient le fœtus dans le sein maternel ; il l'a trouvé la tête tantôt en haut, tantôt en bas ou sur les côtés : Au chap. XXXIII, consacré à *la manière de tirer les enfants hors le ventre de la mère tant morts que vivants*, Paré dit : « Posé le fait qu'il fust tourné selon nature ayant la teste au couronnement, pour deuement l'extraire par l'art, faut doucement repousser contre mont et chercher les pieds et les tirer près le couronnement ; ce faisant tourner facilement l'enfant. » Ainsi le père de la chirurgie proposait la version podalique dans tous les accouchements difficiles, même dans les présentations de la tête, quoique reconnaissant cette dernière présentation comme la position la plus naturelle.

De plus Paré faisait comprimer le ventre de la femme pendant la version pour faciliter la sortie de l'enfant comme la chose avait été déjà exécutée.

L'opinion sur l'innocence de la naissance par les pieds avait tellement pris d'empire à ce moment que Gervais de Latouche (1) dit : « Si l'enfant présente les deux pieds, c'est la façon de sortir la plus douce tant pour la mère que pour l'enfant, il ne faudra à bien venir sans desturber. » Mais ce n'était plus si facile si l'enfant présentait un seul pied.

Chose curieuse, l'élève de Paré, Guillemeau, est plus absolu que le maître pour la présentation du vertex et la version céphalique. Mais il faut remarquer que Guillemeau était à la fois chirurgien et docteur en médecine. Dans le livre II, ch. XIII, de son *heureux accouchement*, Guillemeau conseille aussi la version podalique dans toutes les présentations en dehors de la tête, sans exclure l'autre version ; ainsi au ch. V, il opère la version céphalique comme ceci « le chirurgien pour la redresser (la tête) en son lieu naturel.... coulant une main vers l'occiput pour la redresser après avoir premièrement repoussé l'enfant en haut par le dos ou poictrine, ce qui se fait rarement estant plus expédient et plus sûr de le repousser par l'épaule » et quelques lignes plus bas c'est la version céphalique qu'il conseille dans la présentation du bras comme ailleurs où il la croit possible, parce que, dit-il, le retournement de l'enfant (version podalique), est dangereux « si l'enfant est vif devant que d'être retourné, il est premièrement estouffé que retourné. »

Louise Bourgeois, autre élève de Paré, admet douze présentations de l'enfant où il ne vient pas bien (observations diverses, chap. VII), et dans les douze elle conseille presque toujours la version céphalique ; elle ne conseille d'aller chercher les pieds que dans les présentations du siége, et d'aller chercher l'autre pied quand

(1) *La très-haute et très-souveraine science de l'art et industrie naturelle d'enfanter*, etc., — Paris 1587, in-18, p. 17.

un seul se présente, enfin de tirer sur les deux pieds quand les deux membres sont la partie la plus proche de l'ouverture de la matrice.

Saint-Germain (1) dans les cas de mauvaise présentation de l'enfant donne un conseil qu'on peut rapporter à la version céphalique par manœuvres externes. Ainsi les prédécesseurs et les contemporains de cet auteur qui conseillent encore de chercher à emmener la tête ne le font qu'en mettant la femme avec le ventre plus bas que le bassin et surtout en repoussant directement les parties fœtales qui se présentent pour aller chercher la tête par les voies intérieures. St-Germain propose la voie extérieure. « On faira coucher la femme la teste basse et les pieds fort hauts, et avec la main l'on pressera le ventre de la femme, et l'on repoussera l'enfant dedans la matrice, afin qu'il y prenne une figure naturelle. » On voit ici que le refoulement seul est le but à atteindre, mais il aurait pu être un acheminement à la version par manœuvres externes si on s'y était arrêté.

Fournier (2) tout partisan qu'il est aussi de la version podalique conseille de tenter la version sur la tête, même dans les cas de présentation du bras et de la main « si la main de l'enfant n'est pas trop avancée ni l'épaule, et qu'il n'y ait qu'à le détourner (comme nous avons dit ci-devant en l'article second) pour loger la tête qui en pourrait être proche, » car, dit-il, le médecin et la sage-femme « peuvent éviter par ce moyen une opération violente qui a quelquefois de mauvaises suites pour la mère et l'enfant. »

Madame de la Marche (3) dit en parlant de ce que doit faire, même la sage-femme dans les cas de présentation du bras : « Si c'est un bras que l'enfant présente, et que la tête soit proche du passage, il faut réduire le

(1) *L'Eschole méthodique et parfaite des sages-femmes*, etc., in-8. — Paris, 1650, p. 245.

(2) *L'accoucheur méthodique*, etc., in-18. — Paris 1674, p. 305.

(3) *Instruction familière et utile aux sages-femmes*, etc., in-12. — Paris, 1677-1710.

bras derrière la tête, la mettre droite en cas qu'elle fût de côté. Mais s'il présente l'épaule avec le bras, il faut aller chercher les pieds. »

Le courant chirurgical imprimé par Ambroise Paré, quoique modéré par Guillemeau et Louise Bourgeois, devait se prononcer de plus en plus. La version podalique l'emporte dans le collége de chirurgie de Paris, et comme l'obstétrique prend une grande extension, une grande précision, sous les chirurgiens de Paris devenus accoucheurs, n'ayant plus besoin ni du secours des médecins, ni du secours des sages-femmes, il s'en suit que, dès la fin du XVI[e] siècle, la version podalique est en faveur à Paris au détriment de la version céphalique. Mauriceau, Portal, Viardel, Peu, Amand, Dionis, Lamotte, Puzos, Ménard, ont avec plus ou moins d'insistance renchéri sur ces idées pendant le XVII[e] siècle et moitié du XVIII[e]. Ils ont considéré les présentations du siége et des pieds presque aussi naturelles que celle du sommet, ils les ont abandonnées ordinairement à la nature, tout au plus ils conseillaient de rectifier, par des manœuvres internes, la présentation de la tête dans les présentations de la face ou autres inclinaisons moins prononcées. Dans les présentations du tronc comme dans tous les accouchements difficiles ou compliqués, ils conseillaient la version podalique ou retournement de l'enfant. Si parfois la présentation même de la tête offrait des difficultés, on refoulait cette partie pour aller chercher les pieds. Quant à la version céphalique opérée par des manœuvres internes, ils la déclaraient difficile et le plus souvent impossible après la rupture des membranes, seul moment où on était sûr de la présentation de l'enfant.

Pendant qu'à Paris, le courant chirurgical s'emparait de plus en plus de l'obstétrique et qu'il prônait la version podalique, ailleurs le courant médical continuait de suivre plus ou moins les idées hippocratiques. Ainsi à Montpellier, Varandée dans son *Traité de maladies des femmes*, Rivière dans sa *Pratique médicale* continuent à admettre comme seule naturelle la présentation du

sommet et conseillent pendant le travail à la sage-femme et au médecin de ramener autant que possible la tête sur l'ouverture de la matrice. Ces idées sont encore suivies à l'étranger, commençons par l'Italie.

Scipion Mercurii de Rome dans son ouvrage la *Commare o Riccoglitrice* (1), après avoir étudié dans le 1er livre l'accouchement naturel ou par la tête, consacre treize chapitres du livre deuxième à l'accouchement non naturel, et avec un luxe d'érudition et de précautions, il recommande à la sage-femme de ramener à la présentation du vertex, non-seulement les présentations inclinées de la tête, mais toutes les présentations du tronc, et des membres. Il conseille de rentrer ces dernières parties dès qu'elles paraissent et de repousser le tronc, de tirer sur la tête jusqu'à ce que celle-ci arrive à l'orifice utérin. Pour cela la patiente est couchée de manière à avoir la tête et les épaules plus basses que le bassin, et la sage-femme après avoir bien graissé les parties maternelles et fœtales, après avoir bien graissé ses mains en introduit une dedans pendant que l'autre aide au-dehors pour modifier la présentation fœtale jusqu'à ce que la tête arrive. Non-seulement, Scipion Mercurii refuse de tirer sur les pieds quand ils se présentent, il blâme ceux qui osent donner le conseil de tirer sur ces membres.

Fabrice d'Acquapendente dans sa *Chirurgie* donne les mêmes préceptes, et si l'enfant ne vient pas après ces manœuvres, il opère l'embryotomie (2), ce qui devait arriver souvent à cause des difficultés qu'offre la version céphalique après l'écoulement des eaux, et l'impossibilité de réduire des membres prolabés depuis longtemps. C'était en un mot discréditer la version céphalique plutôt que la recommander.

Sébastien Melli qui a pour ainsi dire succédé à Mercurii pour la rédaction du livre classique destiné aux sages-femmes italiennes, est moins absolu que son pré-

(1) Roma 1597, Venezia 1601, Verona 1642.

(2) Œuvres chirurgicales, trad. franc. — Paris 1649.

décesseur (1). Après avoir admis aussi la culbute (capitondolo), il admet que la présentation du sommet est la présentation naturelle, mais cependant il admet que la naissance par les pieds peut avoir lieu avec un enfant vivant ; aussi il conseille de faire des essais pour ramener la tête à sa position normale, mais si la chose est difficile, impossible, il n'hésite pas à conseiller à la sage-femme d'aller chercher les pieds pour retirer l'enfant. C'est-à-dire que Melli se range du côté des chirurgiens français comme il le dit lui-même.

En Espagne nous voyons Frédéric à Castro (2) suivre aussi le courant médical en recommandant de ramener la tête à l'orifice utérin quand elle n'y est pas, et quand le fœtus est mort de couper le bras s'il embarrasse, de tirer sur les pieds en se faisant aider par des personnes qui comprimeraient le ventre pendant les tractions.

En Angleterre l'obstétrique est bien encore entre les mains des sages-femmes, mais là aussi nous voyons au XVII[e] et surtout au XVIII[e] siècles commencer à paraître le Man-Midwife ou chirurgien accoucheur.

L'extension qu'avait prise en France la chirurgie et ses applications obstétricales devait retentir aussi en Angleterre, d'autant plus qu'un des Chamberlin, (les inventeurs mêmes du forceps), avait traduit Mauriceau et en avait par conséquent propagé les idées au-delà de la Manche; mais les accoucheurs anglais ne renoncèrent pas si facilement aux idées hippocratiques et à la version céphalique. Peut-être l'usage ancien du forceps en fut la cause.

Harvey dans le livre de ses *Observationes et istoriæ* parle de l'attitude du fœtus et de la culbute comme les entendaient les médecins du temps.

On voit Giffard (3) dans les présentations du tronc

(1) *La Comara Levatrice.* — Venezia, 1721-1738.

(2) *De universa muliebrium morborum medicina.* — Hamburgi, 1617, livre IV, cap. II.

(3) Giffard W. *Cases in Midwifry*, publ. par E. Hody, in-8. — London, 1734.

et des épaules recourir presque toujours à la version céphalique plutôt qu'à la version podalique pour appliquer son *extractor*, et comme il n'agissait que par des manœuvres internes, il est surprenant qu'il ait si souvent réussi. Il est vrai que la vie des enfants était dans presque tous ces cas compromise ou sacrifiée.

Fielding Ould (1) propose dans les présentations transversales d'essayer la version sur la tête avant de recourir à la version podalique, mais en Angleterre même, les idées des chirurgiens de Paris, c'est-à-dire la version podalique, gagnaient toujours du terrain. Ainsi on voit E. Chapman (2) le propagateur même du forceps des Chamberlin se déclarer plus favorable à la version podalique qu'à la version sur la tête ; ses idées sont résumées dans ce passage : « If the child offers any other port than the had, the haud is to be passed gently in to the womb, the feet to be searched for, the child to be turned...... »

Voilà l'état où en était encore la question du palper et de la version céphalique au milieu du XVIII[e] siècle, c'est-à-dire le palper et les manœuvres externes à peu près nuls ; la version céphalique par manœuvres internes compte encore quelques partisans, mais elle perd du terrain pendant que la version podalique en gagne.

SIXIÈME PÉRIODE

Les deux courants s'accentuent de plus en plus et comme l'obstétrique passe entre les mains des chirurgiens (accoucheurs) la version podalique est perfectionnée par eux pendant qu'ils déclarent la version céphalique difficile ou impossible pendant le travail. Les médecins, tout en perdant du terrain, continuent à professer les idées hippocratiques et perfectionnent de leur côté la version céphalique en prescrivant des manœuvres internes et même externes

(1) *A treatise of midwifry*, in-8. — London, 1748.

(2) *A treatise of the imprauvement of midwifry*, in-8. — London. 1753, p. 75.

pendant le travail avant la rupture des membranes. Quelques accoucheurs l'opèrent même avant l'accouchement, mais seulement dans les présentations du tronc, considérant comme naturelles les présentations du siége, des pieds et de la face. Ici on palpe le ventre avant et pendant l'accouchement, mais sans règles et par accident, sans faire du palper une méthode générale de diagnostic obstétrical. C'est sur le toucher vaginal et l'auscultation surtout qu'on base le diagnostic des présentations et des positions.

Cette sixième période embrasse la deuxième moitié du XVIIIe siècle, et la première moitié du XIXe. Etudions-la chez les diverses nations en commençant par la France quoique l'Allemagne lui dispute ici le terrain.

A Paris la séparation entre l'ancienne faculté de médecine et le collége de chirurgie devenait de plus en plus tranchée, et disons le mot de plus en plus bruyante ; mais, en attendant, l'obstétrique passait du côté des chirurgiens qui avaient fini par se passer des sages-femmes et des médecins, malgré les anciennes protestations d'Hecquet sur *l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes.*

Les médecins de la faculté qui fussent encore pour la version céphalique à Paris étaient devenus très rares mais il y en avait encore, je citerai surtout Goubelly, d'autant plus remarquable, qu'il est allé plus loin que ses contemporains sur le sujet, et que ses observations n'ont même pas été citées.

Dans son ouvrage (1) qu'on pourrait appeler de médecine obstétricale en deux volumes, publié à Paris en 1785, Goubelly parle d'abord (t. Ier, p. 31-38), de la culbute du fœtus, dont il cherche les causes, et il en décrit au long le mécanisme. Faisant ensuite l'application de ses idées, il est porté à faire artificiellement cette culbute quand elle n'a pas lieu spontanément, mais le beau de la chose, c'est qu'il s'y prend avant la rupture des membranes, même pendant les derniers temps de la grossesse, par des manœuvres externes, et il dit avoir réussi. C'est à la page 88 qu'il dit ces choses à propos

(1) *Connaissances nécessaires sur la grossesse, sur les maladies laiteuses*, etc., 2 vol. in-12. — Paris, 1785.

d'une observation qui porte un titre étranger au palper et à la version céphalique. Je transcris les passages les plus significatifs : « Une dame au 7e mois 1/2 de la grossesse m'envoya chercher le 24 février 1785... Les orifices étaient dilatés ; je sentais les membranes ; le fœtus était dirigé obliquement... je jugeai alors que le fœtus faisait la culbute... Le fœtus resta constamment dans cette position oblique pendant 15 jours... Les 7-8-9 mars suivant ayant touché la dame, je reconnus... que le fœtus qui avait été oblique avait repris la position parallèle à l'axe de l'utérus sans avoir cependant fait la culbute. Je distinguais aisément la tête du fœtus vers le fond de la matrice et le siége vers le bas fond... » Il faut savoir que Goubelly attribue ici le défaut de la culbute et les malaises de la femme à l'entrelacement du fœtus dans des tours de cordon, qui vont le gêner aussi pour faire la culbute artificielle (version céphalique), poursuivons son récit. « Elle accoucha le 10 avril.. d'un enfant qui avait présenté d'abord les pieds et ensuite la partie inférieure du dos. La capacité de la matrice me parut suffisante pour solliciter et faire faire au fœtus la culbute à travers les parois du bas ventre et celle de la matrice, suivant le procédé qui m'avait déjà réussi plusieurs fois. Je parvins bien par ce procédé à déprimer la tête du fœtus, laquelle était à droite, et à soulever les fesses de l'enfant qui étaient à gauche au point de mettre le corps du fœtus en travers ; mais il me fut impossible de mettre la tête sur l'orifice... lorsqu'il fut temps, je perçai les membranes, le fœtus vint par les fesses... »

Voilà une tentative de version céphalique réelle dans une présentation du siége qui n'a pas réussi. Quoique disant qu'il a réussi d'autres fois l'auteur ne cite pas ces cas, mais l'idée de la culbute artificielle y est en fait, et Goubelly en parle avec la plus ferme conviction. Il ne dit pas si c'est par manœuvres externes ou non, mais il est évident qu'avant la rupture de la poche il ne pouvait pas le faire par les seules manœvres internes.

Malgré cela l'idée de la culbute n'avait plus de par-

tisans parmi les chirurgiens accoucheurs de Paris et la version céphalique difficile ou impossible après la rupture des membranes laissait la supériorité à la version podalique. Du reste on déclarait déjà à Paris naturelles les présentations du siége, des pieds et de la face, toutes présentations pour lesquelles on avait recommandé la version céphalique ailleurs.

Une suite non interrompue de sommités obstétricales professaient largement ces idées, (Levret, Baudelocque, madame Lachapelle, madame Boivin), entraînant avec eux aussi les médecins qui professaient l'obstétrique tels que Petit et même Astruc lequel n'était pas seulement médecin, il venait de Montpellier et vantait les mérites de l'école de cette ville.

Les idées hippocratiques et la version céphalique ne perdaient pas autant de terrain en Allemagne.

Après Rhodion et Rueff, Deventer continua à la recommander ou tout au moins il conseillait de la tenter avant d'en venir à la version podalique. Osiander de Goettingue recommanda aussi la version céphalique, et comme le toucher vaginal était déjà perfectionné au point de permettre quelquefois le diagnostic avant la rupture des membranes, c'est avant cette rupture que la propose l'accoucheur allemand, quand la chose est possible ; il disait avoir appris cela de Ehrard dès l'année 1773.

Boerhave dans les Aphorismes commentés par Van Swieten (1) dit, en parlant des accouchements difficiles par suite de la mauvaise présentation de l'enfant : « Il faut tâcher de réduire l'enfant dans une situation favorable, pour pouvoir le tirer par la tête ou par les pieds. »

En parlant de la version céphalique, il rapporte les passages d'Hippocrate, de Deventer, et à propos de la version podalique, il cite Moschion, Mauriceau, Levret. C'est-à-dire que d'après lui la version podalique ne serait employée que si l'opérateur ne réussit pas, mais il

(1) *Malad. des femmes et des enfants*, trad. 2 vol. in-12. — Paris, 1769, t. Ier, § 1320, p. 623.

recommande de s'y prendre aussitôt après la rupture des membranes.

Plenck commence par indiquer la culbute (1) « fœtus situs in utero primis sex mensibus vagus est, septimo mense spectat vertice deorsum et facie retrorsum. Circa initium partus situm pro partu naturalem assumit. » Arrivé à la version cependant il parle de celle sur les pieds et non de celle sur la tête : « Versio fœtus est artificiola manipulatio, qua situs fœtus pro partu ineptus ope manus obstetricatoris ita mutatur ut pedibus ex uteri cavo extrahatur. »

Dans un mémoire important intitulé *De situ fœtus in utero* (2) D. J. C. Gehler cite les auteurs qui admettent la culbute vulgairement appelée en Allemagne *das Stürzen*, et en parlant du palper comme moyen de constater les mouvements fœtaux il dit, *sepe satis accurate discernere possumus cum modo latum quid, modo rotundum et capiti æquale, modo tenue et angustum membrum, manum pedemque tactu distinguere liceat.* »

Pendant que Osiander recommandait la version céphalique à Goettingue dans les premières années de notre siècle, Flamant professait les mêmes idées à Strasbourg (3), et la dispute de priorité qui s'établit entre l'accoucheur allemand et l'accoucheur français n'avait pas de raison d'être, puisque la version céphalique était pratiquée avant les deux : mais si on avait pu porter quelquefois le diagnostic avant la rupture des membranes soit par le toucher vaginal, soit avec l'aide du palper, c'est surtout après cette rupture qu'Osiander et Flamand conseillaient la version céphalique, parce qu'alors seulement le diagnostic était certain.

Wigand de Hambourg devait donner à la version par

(1) *Elementa artis obstetriciæ*, in-8. — Viennæ 1781, p. 157.

(2) *Schlegel, sylloge operum minorum præstantiorum ad artem obstetriciam spectantium*, in-8. — Lipsiæ, 1795, t. Ier, p. 547.

(3) V. les thèses de Strasbourg sur la version, par Jacques Labbé, 1803 et par H. A. Deroche en 1823.

manœuvres externes une plus grande extension ; Wigand (J. H.) praticien distingué de Hambourg, mort en 1817, s'était déjà fait remarquer par la publication d'un recueil d'accouchements (1), et d'un journal obstétrical (2) en collaboration avec J. J. Gumprecht. Dans ce journal il avait déjà parlé de la version par manœuvres externes lorsqu'en 1812, il publia trois mémoires (3) qu'il envoya aux facultés de médecine de Paris et de Berlin, et un de ces mémoires était précisément consacré à l'étude de la version par manœuvres externes.

Ces mémoires restèrent pour ainsi dire lettre morte tant en France qu'en Allemagne ; c'est-à-dire, qu'ils ne furent l'objet ni de rapports ni de travaux de manière à attirer l'attention du corps médical. Cependant en Allemagne les manœuvres de Wigand étaient connues des accoucheurs comme nous allons le voir. En attendant, examinons le mémoire qui concerne la version du fœtus opérée par manœuvres externes, mémoire exhumé seulement après 43 ans à l'occasion de la publication de mon *Essai sur l'accouchement physiologique* (4).

Comme le mémoire de Wigand est le travail le plus considérable qu'on ait pu implorer pour contester ma priorité je vais l'examiner : 1° au point de vue du palper abdominal ; 2° au point de vue de la version par manœuvres externes ; et d'abord voyons le point de départ de Wigand, ses principes et les applications qui en sont la conséquence.

L'accoucheur de Hambourg avait vu lui-même après un travail assez prolongé, ou étant appelé par des sa-

(1) *Baitræge zur theoretichen und praclischen Entbindungskunt.* — Hamburg, 1798 u 1800.

(2) *Hamburgische magazin die geburtshülfe*, in-8°, 1807-1810.

(3) Drei den medizinischen facult. zu Paris und Berlin zu Prufung übergebene geburtshulflich Abhandlungen.

(4) V. la traduction de ce mémoire, thèse de Belin, Strasbourg 1856, et la *version par manœuvres externes*, par Hergott, in-8° — Strasbourg, 1857.

ges-femmes pour des cas qui demandaient la version podalique, il avait vu l'accouchement se terminer spontanément après un changement de la présentation du fœtus que Wigand appelle une version spontanée ; ayant vu cela, il fut porté à imiter artificiellement ces changements.

Pour lui, les présentations du vertex, des fesses et des pieds étaient naturelles, et c'est à ramener la plus proche de ces parties sur le centre du détroit qu'il faisait consister sa version, abandonnant le reste de l'expulsion aux contractions utérines. C'est-à-dire que si Wigand donna quelques conseils pour la grossesse, c'est toujours au moment du travail et dans le fort du travail qu'il faisait sa version ; de là les difficultés et la rareté de ses opérations.

Il reconnaissait l'absolue nécessité de constater exactement et préalablement la présentation de l'enfant, mais s'il indiquait l'examen extérieur il n'y comptait pas beaucoup ; il cite un cas où il a senti la tête fœtale parce que les parois abdominales étaient minces, aussi c'est le toucher vaginal et au besoin l'introduction de la main dans le vagin, faite avant la rupture des membranes, qui le guidait. Dans les cas douteux il ouvrait les membranes au moment de faire le diagnostic et la version.

Ainsi Wigand n'a décrit ni le palper dans ses règles générales ou spéciales ni dans ses applications aux cas exceptionnels ; à plus forte raison il ne s'en est pas servi comme méthode générale de diagnostic.

Quant à la version il l'opérait par des pressions externes, par la position à donner à la femme, par l'application de coussins, c'est-à-dire qu'il ramènait au centre du détroit une des trois parties (vertex, siége, pieds), qui pouvait s'en être éloignée. C'est là pour moi une réduction et non une version comme nous le verrons plus loin.

Il ne faut donc pas dire, en parlant de l'opération de Wigand, version céphalique telle qu'on l'a entendue dans les idées hippocratiques pendant des siècles ; Wigand employait bien les manœuvres externes, mais pour emmener tout aussi bien la tête que le siége ou les pieds, aussi appellait-il son opération *la version par*

manœuvres externes, et la seule figure qu'il a jointe à son mémoire indique une version sur le siége et non une version céphalique.

Si Wigand avait fait faire quelques pas à la version (réduction) par manœuvres externes, sans insister sur le palper comme moyen de diagnostic, quelques autres en Allemagne s'en occupaient en dehors de lui.

Stein (1) sans être aussi détaillé n'en est pas moins explicite. « Il y a deux manières de connaître les différentes parties du fœtus et de déduire leur position, celle des autres parties tant voisines qu'éloignées ainsi que celles de tout le fœtus, savoir par le toucher externe et par l'interne. Le premier n'est jamais aussi exact que le second; mais il fait connaître la position du fœtus en général. » Il continue ici à étudier le toucher vaginal sans revenir au palper.

Ainsi en Allemagne, même avant et pendant les recherches de Wigand, le palper était pratiqué autant et plus qu'il ne le pratiquait lui-même sans cependant avoir acquis un véritable degré de certitude et sans être vulgarisé.

Bernstein (1803), Froriep (1818), Jörg (1822), d'Outrepont (1822), Carus (1828), dans leurs traités d'accouchements citent Wigand sans insister plus que lui sur la palpation. Hohl fait en 1833 un traité de diagnostic obstétrical, et consacre à peine onze lignes au toucher extérieur pour connaître les parties fœtales, sans donner ni détails ni règles générales. Wigand, pas plus que d'autres, ne sont cités à propos du palper dans ce traité de diagnostic obstétrical.

Il ne faudrait pas croire, du reste, que si les auteurs allemands citent Wigand et parlent de la version externe, ils la considèrent comme méthode générale; c'est comme exception qu'ils en parlent, et la plupart de ces auteurs, notamment Bernstein, Stark, Hein, Boër, Siébold et autres restent partisans avoués de la version

(1) *L'art d'accoucher*, trad. par Briot, 2 vol. in-8°. — Paris, 1804, t. 2, p. 6.

podalique comme méthode générale. On ne cite les cas de version opérés par manœuvres externes que comme faits exceptionnels; c'est-à-dire que le courant de Paris avait entraîné les accoucheurs de tous les pays vers la version podalique opérée par des manœuvres internes.

Dans les citations que les accoucheurs allemands font de Wigand, il ne faudrait pas croire qu'ils décrivent au long son procédé, ou qu'ils reproduisent textuellement ce qu'il conseille dans le mémoire que nous venons de copier. Ils en parlent plutôt à titre bibliographique, à titre historique, et ce fameux mémoire sur la version par manœuvres externes est resté presqu'aussi inconnu à Berlin qu'à Paris. Ainsi on peut dire en concluant que si l'on avait fait *quelquefois*, même en Allemagne, la version par manœuvres externes, si *quelquefois* on avait reconnu les parties fœtales par la palpation, c'étaient des cas tout à fait exceptionnels.

Si nous examinons maintenant ce qui s'est passé en France dans la première partie du XIX[e] siècle, nous trouvons que Strasbourg, déjà préparé par Flamant, continue à s'occuper de la version céphalique que les manœuvres externes de Wigand sont venues renforcer. Guillemot, en 1825, publie même un travail sur le sujet (1), et M. Stoltz qui était élevé dans ces idées trouve plus d'une occasion d'en faire l'application (2). Mais on n'insiste pas plus sur le palper. Ainsi dans la traduction de Schmitt sur le diagnostic des grossesses douteuses, M. Stoltz concentre toute son attention sur le toucher vaginal. Le palper y est à peine effleuré.

A Paris, la question est un peu plus arriérée; ainsi dans les livres classiques de madame Lachapelle, Gardien, Moreau, Chailly, il n'est même pas question de Wigand. C'est M. Velpeau, dans son traité d'accouchements (1828-1835), qui indique Wigand dont il recommande les idées; enfin Désormeaux et P. Dubois dans

(1) *Bulletin de la Société Médicale d'émulation.*

(2) V. la thèse de J. A. Gervais sur la version céphalique. — Paris, 1836, p. 10, et la thèse Belin, 1856.

le Dictionnaire en 30, à l'article version parlent (1846) aussi de la version par manœuvres externes et internes ; mais un homme qui paraît s'être occupé de ce sujet, sans grande réussite, c'est Colombe, praticien malheureux dont j'ai indirectement procuré la récompense comme nous le verrons plus loin.

Le palper, comme moyen de diagnostic, avait-il au moins prospéré à Paris ?

Déjà le toucher vaginal avait pris une grande extension au point de servir beaucoup pour le diagnostic des présentations même avant la rupture des membranes, lorsque la découverte de l'auscultation obstétricale (1818-1822), vint tellement le renforcer que la recherche de la présentation du fœtus par le palper fut complètement négligée, quoique dans des cas exceptionnels, et comme par hasard, on ait cependant pu distinguer des parties fœtales à travers les parois abdominales.

Désormeaux et Paul Dubois, dans le Dictionnaire en 30 (1), parlant des grossesses jumellaires disent du palper : « Si on applique une main sur le ventre de la femme, on peut reconnaître ces enfants aussi clairement qu'on distingue en d'autres cas les pieds, les genoux ou les bras de celui qui est seul. » Et cependant le palper a été négligé complétement à la clinique de la faculté, il n'a été appliqué que d'une manière exceptionnelle et incomplète.

MM. Devilliers et Chailly, dans un mémoire lu en 1842, à la Société de médecine de Paris, sur l'auscultation appliquée à la grossesse, conviennent que « les deux mains appliquées sur l'abdomen (pourront constater) un corps rond sous la main, plus dur que les autres, impossible ou très difficile à déplacer, qui indique la tête du fœtus ; un autre corps à surface plus étendue, d'une courbure plus large, d'une résistance un peu moindre que le précédent, indique le tronc. La partie la plus saillante de cette surface sera l'épaule

(1) *Répertoire des sciences médicales*, t. 14, p. 367. — Paris, 1836.

ou la fesse, que l'on ne distinguera l'une de l'autre qu'à l'aide d'autres signes, etc. »

Il y a dans ces remarques des erreurs indiquant plutôt des vues à priori que des faits d'expérimentation ; ainsi quand la tête du fœtus est en haut, loin d'être fixe, elle est mobile et facile à ballotter ; quant à distinguer la saillie des fesses qui sont molles, la chose est impossible, et la saillie de l'épaule ne se distinguerait pas de celle des membres sans la continuité du tronc. Mais enfin dans des cas excessivement favorables d'amincissement des parois utero-abdominales on a pu avoir des sensations assez nettes pour distinguer les parties fœtales par le palper ; mais alors comment se fait-il qu'on n'a pas généralisé ces recherches, ces applications ? Ainsi Chailly, même dans l'édition de 1853, de son traité d'accouchements, dit (p. 838), en parlant de la version céphalique : « Pour que cette opération puisse être pratiquée, il faut une réunion de circonstances difficiles à rencontrer ; il faut que le fœtus jouisse d'une grande mobilité, que les parois abdominales et utérines soient souples, peu épaisses et indolores, qu'il y ait peu d'eau dans la cavité utérine pour que les mains puissent embrasser les parties et changer leur rapport avec facilité. » C'est-à-dire que Chailly devait rencontrer très rarement une réunion de circonstances pareilles, même contradictoires, car il fallait un fœtus très mobile avec peu d'eau dans l'utérus. Il n'est pas étonnant qu'il soit arrivé une seule fois à opérer la version céphalique dans une présentation du tronc, c'est-à-dire à faire une réduction.

Maintenant quant au diagnostic, dit-il : « Les mains appliquées sur l'abdomen pourront sentir dans une fosse iliaque une partie ronde, solide, qui est la tête et au point opposé de l'utérus et en haut, de petites parties mobiles, qui sont les pieds. » Enfin, il s'arrête sur l'auscultation avant la rupture des membranes comme il s'arrête sur le toucher vaginal après cette rupture, c'est-à-dire que pour Chailly le diagnostic doit se faire au moment du travail, et par conséquent lorsque les

contractions utérines rendent le palper fort difficile. Il n'est pas étonnant que ce moyen de diagnostic, ainsi pratiqué, soit resté dans une infériorité absolue.

M. Jacquemier dans son *Manuel d'accouchements* (1846), ne s'arrête guère ni au palper ni à la version céphalique. Cazeaux est un peu plus étendu.

Ainsi, au chapitre du palper abdominal, il en étudie les applications au diagnostic de la grossesse, mais il ne parle pas du palper comme diagnostic des présentations et des positions du fœtus.

A l'article de la version céphalique, il dit : bien que cette opération a été conseillée avant le travail, pendant le travail, avant la rupture des membranes, et pendant le travail après la rupture des membranes ; mais il se contente de quelques mots pour le diagnostic opéré à l'aide du palper ; les voici : « Il est souvent possible, dans les derniers temps de la grossesse, de reconnaître une position du tronc. La forme du ventre.... la tête du fœtus qui, chez les femmes dont les parois abdominales sont peu épaisses, peu distendues et facilement dépressibles, se sent très manifestement dans une des fosses iliaques et qui dans deux cas cités par Dugès et M. Velpeau, se sentait au-dessus du pubis ; l'impossibilité où l'on est d'atteindre avec le doigt introduit dans le vagin la partie du fœtus qui se présente.... Alors pour peu que le fœtus soit mobile dans la cavité amniotique, il est très possible de ramener la tête au détroit supérieur. Il suffit pour cela, après avoir corrigé l'obliquité utérine, si elle se rencontre, de relever avec une main le côté de l'utérus auquel correspond le siége de l'enfant et de repousser avec l'autre main la tête dans la direction du détroit supérieur.... le plus difficile, c'est de maintenir la tête ainsi réduite, etc. ».

Voilà toute la description du palper et de la version céphalique par manœuvres externes consignée dans l'ouvrage classique de Cazeaux jusqu'à la 5e édition publiée en 1856. Ainsi il n'y est même pas fait mention de Wigand ; aussi les idées de celui-ci, malgré ce qu'en avait dit Velpeau, n'étaient pas connues et encore moins

suivies en France, pas plus qu'en Angleterre, en Italie, en Espagne et ailleurs, en dehors de l'Allemagne.

Nous devons cependant faire une exception en faveur de la Belgique où M. J. Hubert, professeur à Louvain, essayait d'attirer dès 1843 l'attention sur le parti qu'on pourrait tirer des manipulations externes pour rectifier les mauvaises présentations du fœtus. N'ayant pas l'encyclographie des sciences médicales (juillet et août), dans laquelle il a publié son travail, je ne puis pas en donner le texte, mais bientôt nous allons avoir les aveux de l'auteur lui-même. Si laissant de côté la question de priorité, nous mettons en présence les propositions de Wigand et d'Hubert, nous trouvons que ces deux praticiens conseillent, non d'emmener toujours le vertex sur le centre du détroit, mais d'y *emmener les pieds ou le siége s'ils sont plus rapprochés que la tête*; le reste n'est que détails, un peu plus avancés dans le travail de Hubert que dans celui de Wigand.

Si l'on fait le *résumé de l'état où ont été le palper abdominal et la version par manœuvres externes jusqu'au milieu de notre siècle*, d'après tout ce qui précède et d'après d'autres recherches, si on veut être de bonne foi, dis-je, on est obligé de reconnaître :

1° Que si l'idée de la culbute admise depuis les temps hippocratiques est fausse, la présentation du vertex comme la plus naturelle est restée une vérité incontestable. L'idée de chercher à obtenir artificiellement cette présentation toutes les fois qu'on le peut est par conséquent une vérité tout aussi inattaquable.

2° Que pour atteindre ce but, on a employé anciennement la succussion, puis les manœuvres internes pendant le travail et après la rupture des membranes, très rarement les manœuvres externes, même comme auxiliaires. Cela a été pratiqué jusqu'au siècle dernier.

3° Que depuis le siècle dernier jusqu'au milieu de celui-ci, on a bien commencé à palper le ventre quelquefois, avant ou après la rupture des membranes, pour s'assurer de la présentation de l'enfant, mais c'est sur

le toucher vaginal et l'auscultation qu'on a surtout basé le diagnostic. Le palper, sous le nom de toucher externe ou autre, avait même très rarement un chapitre à part dans les traités classiques ; il n'en était guère question qu'à propos de la version par manœuvres externes, et dans des conditions exceptionnelles qui pouvaient en faciliter l'emploi. Le toucher externe est resté jusqu'au milieu de notre siècle, c'est-à-dire jusqu'à mes recherches, un moyen fort limité et exceptionnel.

4° Quant à la version céphalique, depuis le XVIe siècle surtout, elle avait perdu du terrain et à sa place avait été intrônée la version sur les pieds. A peine si quelques accoucheurs ont continué à la proposer pendant le travail, avant ou immédiatement après la rupture des membranes ; mais puisqu'on considère désormais comme naturelles les présentations des pieds, des fesses et de la face, les mêmes partisans de la version céphalique n'ont conseillé de la tenter que dans les présentations du tronc ou de l'épaule. L'idée hippocratique de ramener toutes les présentations à celle du vertex s'est d'abord affaiblie depuis Celse, Moschion, Philumenus, et dès le XVIe siècle elle a été presque complétement abandonnée. Quelques accoucheurs de notre siècle, en particulier Wigand et ses imitateurs, ont employé même les maneuvres externes à ramener sur le centre du détroit le siége ou les pieds de l'enfant au lieu d'y ramener la tête ; mais que les manœuvres externes aient servi à la version cephalique ou à la version pelvienne, c'est pendant le travail et non pendant la grossesse qu'elles ont été conseillées et pratiquées.

Nous allons voir même plus loin que si, dans le vrai sens du mot, on doit appeler version le retournement de l'enfant, la version céphalique n'a jamais été faite avant moi ; on n'a fait par des manœuvres internes ou externes que de simples réductions céphaliques ramenant la tête sur le centre du détroit pendant qu'elle était sur le bord, ou qu'essayer de changer une présentation du tronc en présentation du vertex.

5° L'idée de ramener toutes les présentations du

fœtus à celle du sommet qui est la plus naturelle, et qui était peut-être plus ancienne qu'Hippocrate, cette idée a été tantôt renouvelée, tantôt abandonnée comme irréalisable malgré deux mille et cinq cents ans d'efforts obstétricaux ; cette idée n'a pu avoir de réalisation avant mes recherches cliniques comme nous allons le voir.

SEPTIÈME PÉRIODE

Sans prétendre être le premier à avoir palpé le ventre des femmes enceintes, ni même être le premier à avoir essayé de modifier les positions fœtales par des manipulations externes, je trouve dans ces deux moyens la réalisation d'un plan général, l'accouchement physiologique, obtenu avec le secours des moyens artificiels. Sequestré dans une île, ignorant les résultats que d'autres pouvaient avoir obtenus, je me livre à des recherches cliniques à l'aide desquelles 1° je généralise le palper abdominal, je le rattache à des principes scientifiques et lui donne une valeur, une précision qui le mettent au-dessus du toucher vaginal et de l'auscultation comme diagnostic pendant la grossesse ; 2° Faisant revivre les idées hippocratiques, je déclare non seulement la présentation du sommet comme seule physiologique, je rends ce principe réalisable en ramenant par des manœuvres externes pendant la grossesse ou au moment du travail toutes les présentations (pieds, siége, face, tronc) à celle du sommet. Parti d'un principe autre que ceux que l'on professe désormais dans les écoles, je sors des voies battues pour atteindre mon but et je trouve sur mon passage une foule d'idées, une foule de résultats auxquels je ne m'attendais même pas.

Comme ici je suis aussi en cause que le palper et que la version céphalique, je suis forcé de faire connaître au lecteur l'historique, ou plutôt les phases qu'ont suivies mes propres idées ; phase de préparation, phase de l'admission du principe et des recherches pour le réaliser, phase de la rencontre et du perfectionnement des moyens de réalisation. Je demande pardon au lecteur de lui parler un peu de moi, mais je crois avoir assez fait preuve de patience et de modestie en gardant le silence pendant vingt-trois ans. Me taire en ce moment

ce serait plus que de la faiblesse, ce serait une honte, une lâcheté.

Si par suite d'une réunion de circonstances je suis devenu accoucheur, dans mes études comme dans ma pratique, j'ai été, je suis encore aussi médecin que chirurgien ; je crois même que ce que j'ai fait de bon en obstétrique je le dois à la généralisation de mes connaissances, et je ne comprends la spécialité sérieuse qu'après la généralité.

Pendant que je commençais mes études médicales à Montpellier (1840-1843), je fus frappé par deux faits en apparence fort éloignés, mais que nous allons voir se rapprocher. Chef externe à l'hôpital St-Heloy, je suivais de près les deux professeurs de clinique chirurgicale Lallemand et Serre. Le premier, homme de beaucoup de talent, mais malheureux comme opérateur, ses malades avaient presque tous des accidents, perdait beaucoup de monde dans son service. Serre, homme fort ordinaire, prenait tant de soin de ses malades, opérait avec tant de réserve et faisait surtout la réunion immédiate avant tant d'à-propos, qu'il guérissait presque tous ses opérés.

Le second fait qui me frappa, ce fut le premier accouchement auquel j'assistai à l'hôpital général, et où la femme resta une journée entière dans des douleurs si violentes qu'elle en était délirante ; elle disait à chaque instant, il me semble l'entendre encore, *accouchez-moi ou tuez-moi*, et devant ce travail, le professeur Delmas restait impassible ; il disait aux élèves, c'est long, mais l'accouchement se fera tout seul. Devant ce spectacle je fus tellement émotionné, que me trouvant mal, je dus quitter la salle. Comment, me disais-je, on laisse une malheureuse femme dans cet état si longtemps, sans rien faire pour la soulager ? Mais alors la science est bien à court ou ceux qui la pratiquent n'ont pas d'humanité !

Voulant me faire à la pratique, et comme dans les hôpitaux du Midi les chefs-internes faisaient même les opérations très souvent, je concourus pour être chef-interne à

l'Hôtel-Dieu de Nîmes, et là en médecine comme en chirurgie je pus faire (1844-1845) une large application des principes généraux que j'avais puisés à Montpellier; enfin je vins à Paris étudier quelques spécialités et m'y faire recevoir docteur (1846).

L'obstétrique fut un des points que je cultivai le plus en suivant les cours et surtout en assistant le plus souvent que possible aux accouchements de la clinique.

Déjà, pendant que j'avais été chef interne à Nîmes, j'avais assisté des femmes en travail qui avaient diminué la mauvaise impression du premier accouchement que j'avais vu à Montpellier, et à Paris cette impression devait être complétement effacée.

Je vis une femme à la clinique de la faculté qui accoucha sans souffrir, sans crier ; une défécation n'aurait pas été plus pénible. Je me rappelle que moi et les élèves qui étaient de série avec moi nous disions à cette femme : mais criez donc, ne vous retenez pas, et elle de nous répondre, pourquoi voulez-vous que je crie puisque je ne souffre pas ?

Ce fait, dont je tins bonne note, fut comme l'antipode de celui de Montpellier. C'est entre ces deux extrêmes que se trouvent mes recherches et pour ainsi dire toute ma vie obstétricale.

Rentré à Bastia (1847) pour obéir à ma famille, j'eus au bout de peu de mois tant de clientèle qu'à peine si je pouvais suffire, et si les quelques opérations de haute chirurgie que je fis me posèrent tout d'abord, la médecine, l'obstétrique, devaient faire le reste. Enfin le département (1852) me nomma professeur d'obstétrique pour l'instruction des sages-femmes et me donna le service clinique d'accouchements de l'hôpital de Bastia.

Ce n'est pas dans la bibliothèque de la ville, pas plus que dans la mienne que je pouvais puiser de vastes connaissances obstétricales. Je n'avais que les deux ouvrages classiques de Chailly et de Cazeaux, pour ce qui concerne l'obstétrique. C'est au lit des malades que j'ai puisé mes inspirations.

Le fait de l'accouchement sans douleur que j'avais vu

à Paris devait se répéter souvent en Corse. Ainsi je me rappelle encore une porteuse d'eau qui arriva à l'hôpital pendant que je faisais ma visite. Elle entre en courant dans la salle et s'étend sur le premier lit venu en disant j'accouche, j'accouche. Je constate en effet que l'enfant va passer et je faisais préparer un autre lit pour cette femme quand elle me dit cela ne vaut pas la peine puisque je vais rentrer chez moi préparer le manger à mes enfants. En effet, malgré toutes mes persuasions je ne pus la faire rester à l'hôpital plus de trois heures.

Un autre fait analogue arriva chez une femme qui rentrait de la campagne avec une charge de petit bois sur la tête, elle est prise de douleurs à la porte de la ville, elle se place derrière un mur et là elle accouche. Sans plus attendre, elle met son enfant dans le pan de sa jupe et vient à l'hôpital d'à-côté ayant encore le placenta dans l'utérus. C'est moi qui l'ai délivrée, elle voulut aussi rentrer chez elle quelques heures après.

Ces faits me rappelèrent, outre quelques cas rares de l'histoire, les faits cités dans les traités de médecine légale, de femmes accouchant en voiture, au théâtre et même dans la rue.

La répétition de ces cas ne me porta plus à les considérer comme des exceptions, mais comme représentant le vrai but de la nature, la fonction physiologique. En effet, loin d'y trouver des inconvénients, mon observation clinique y trouva des avantages, que je fis connaître plus tard dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique*.

Un de ces avantages fut celui de constater que là où l'utérus s'était déchargé promptement et facilement du produit de la conception, il se retractait beaucoup plus facilement et plus fortement que là où il avait beaucoup fatigué pendant l'expulsion. La femme perdait peu de sang après l'accouchement, elle était plus forte et surtout elle avait le lait sans avoir la fameuse fièvre de lait que je voyais décrite dans les livres classiques comme une chose normale. La négation de la fièvre de lait fut donc pour moi un fait de premier ordre.

Pendant que ces observations obstétricales faisaient du chemin dans mon esprit, les observations médicales et chirurgicales ne restaient pas en arrière et venaient les épauler. La bibliographie de mes publications le montrera à qui veut le savoir, mais le perfectionnement de la réunion immédiate était toujours en première ligne.

J'étais encore chef-interne à Nîmes lorsque je commençai à publier des travaux sur la cicatrisation des plaies (1) et je ne fus pas peu surpris en arrivant à Paris de voir qu'on négligeait tant la réunion immédiate dans les opérations. Arrivé en Corse, je mis largement en pratique les exemples que j'avais vus à Montpellier, à Nîmes, et le succès vint me donner raison.

Ce n'était pas seulement dans les opérations de la face que j'obtenais la réunion sans suppuration, je l'obtenais dans les amputations et les désarticulations des membres, je l'ai obtenue dans les opérations du tronc, de l'abdomen, dans les opérations de hernie étranglée, faites avant les mortifications. Je me rappelle l'avoir obtenue dans un cas où le malade dans un accès de folie s'était ouvert le ventre avec un couteau. Les intestins, tout persillés de blessures, faisaient hernie au dehors et après avoir mis des points de suture sur chaque plaie intestinale je réduisis le paquet et mis aux parois abdominales de larges points de suture enchevillés, aux téguments des points de suture entortillés, et la plaie se ferma sans suppuration.

Ce n'est pas ici le lieu de le dire, mais qui évite la suppuration dans les opérations sanglantes, écarte les neuf-dixièmes des accidents chirurgicaux. Un obstacle inévitable à cette suppuration était la ligature des vaisseaux et pour l'obvier j'inventai une ligature qu'on peut ôter à volonté, ligature qui mériterait plus d'attention qu'on ne lui a prêtée. Enfin mes résultats obstétricaux et mes résultats chirurgicaux marchaient trop près les uns des autres pour ne pas se rencontrer.

(1) V. *Journal de médecine pratique de Montpellier.* Décembre 1845 et mars 1846.

Comparant l'accouchement au traumatisme, comparant la plaie utérine à une plaie chirurgicale, je ne tardai pas à conclure que l'accouchement physiologique sans fièvre de lait ou autre n'était que la réparation de la surface utérine sans inflammation, comme la réunion immédiate sans fièvre était la cicatrisation de la plaie sans pus.

Ces deux faits me parurent être assez importants et assez nouveaux pour être soumis au monde médical et en 1853 je me rendis à Paris pour présenter à l'Académie (7 mars 1853) deux mémoires, l'un sur la non existence de la fièvre de lait, l'autre sur le perfectionnement de la réunion immédiate et sur ma nouvelle ligature (1). C'est à Cazeaux que le mémoire sur la fièvre de lait fut confié pour faire le rapport, et comme M. J. Guérin s'était occupé beaucoup de la réunion des plaies il me demanda à faire le rapport sur l'autre mémoire. Nous allons voir plus tard le résultat singulier de ces deux mémoires.

Rentré en Corse, je concentre de plus en plus mes observations sur l'obstétrique et petit à petit je vois l'accouchement physiologique grandir, se perfectionner et être tout autre que l'accouchement dit naturel ou spontané des auteurs. En effet la maladie et la mort sont des choses naturelles, et comme l'accouchement dit naturel ou spontané des auteurs conduit souvent à des résultats pathologiques, à la mort de la mère et de l'enfant ; comme les femmes de notre Société ne sont plus dans l'état naturel, mais qu'elles sont modifiées profondément par la civilisation, il faut : 1° Aplanir le plus possible ces altérations ; 2° Ne pas abandonner la nature à elle seule pour ne la secourir que là où elle est à bout de forces, mais lui venir en aide le plus promptement possible par des moyens artificiels ; 3° Observer quels sont les moyens qu'elle emploie pour arriver le plus facilement à l'accouchement physiologique et employer artificiellement ces moyens ou des

(1) V. *Gazette med.*, 12 mars, — *Gazette des hôpit.* 19 février et 10 mars, — *Revue méd. chir. Malgaigne*, t. 13, p. 227.

moyens analogues, conduisant à des résultats physiologiques pour la mère et pour l'enfant.

Ces bases me mettaient tout à fait en dehors des idées reçues, et le point de départ étant nouveau, je ne me suis plus préoccupé de ce qu'on a fait, de ce qu'on a dit, j'ai cherché à atteindre mon but, l'accouchement physiologique artificiel là où la nature ne l'obtenait pas par ses propres forces. En attendant d'autres faits, je publiai dans la *Gazette des hôpitaux* des 4 et 11 mars 1854 ceux que j'avais déjà recueillis, et si la dénomination d'accouchement physiologique n'y est pas encore, elle y est sous-entendue.

Je ne puis pas suivre ici la filière par laquelle ont passé toutes mes idées obstétricales pour arriver là où elles sont, mais une des principales fut celle de la présentation du fœtus. Ainsi la fréquence des présentations du vertex comparativement à celles du siége, des pieds, de la face et du tronc, l'immense avantage que la première offrait au point de vue de la facilité du travail et des résultats favorables pour éviter les accidents et la mortalité de la mère comme de l'enfant, en un mot, tout démontrait la présentation du vertex comme la plus naturelle et par conséquent la seule physiologique. C'est du reste celle que la nature suit presqu'exclusivement chez les mammifères.

La conclusion de ceci me conduisait ou à ramener les femmes à l'état de nature, ou à corriger par l'art les fâcheux résultats de la civilisation sans priver la femme des bénéfices de celle-ci. Le premier résultat étant impossible, il fallait accepter le second, c'est ce que j'ai tâché de faire ; et un des buts principaux était celui de chercher à ramener toutes les présentations fœtales à celle du sommet.

J'avais déjà tenté divers moyens lorsqu'un fait vint heureusement résoudre toutes les difficultés. Le 17 mai 1854 j'assistais à Bastia (1) *Mme Ciavaldini*, son nom mérite d'être inscrit en lettres d'or, laquelle était en

(1) Cette observation, avec tous ses détails, se trouve dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, p. 409.

mal d'enfant, et le toucher vaginal n'ayant pas trouvé la tête fœtale sur le détroit je me mis à palper le ventre. Les parois utero-abdominales étant assez minces et souples je parvins à reconnaître la tête dans l'hypocondre droit; cherchant ensuite les autres parties, je trouvai le tronc à droite et l'auscultation me venant en aide je reconnus une présentation du siége ; les pieds étaient au-dessus du pubis gauche, je pus en constater les mouvements. J'essayai aussitôt par des pressions extérieures à faire descendre la tête d'une main pendant qu'avec l'autre main je relevais le siége, et quelle n'est pas ma surprise, l'enfant cédant à ces pressions, fait la culbute dont avaient parlé les anciens, réalisant d'un coup la version céphalique dans la plus difficile des présentations fœtales. Je trouve dans cette observation ce passage que je me plais à répéter: *ce fut alors un des plus beaux moments de mon existence médicale!*

Dès ce moment je soumis au palper toutes les femmes grosses que je pus examiner tant en ville qu'à l'hôpital et en peu de temps ce moyen d'exploration fut mis par moi au-dessus du toucher vaginal et de l'auscultation. Je ramenai pendant la grossesse ou au moment du travail toutes les présentations fœtales à celle du sommet, réalisant les vieilles idées hippocratiques telles que je les avais connues. Une foule de points nouveaux secondaires surgirent sur mon passage, formant un ensemble qu'on n'a même pas encore bien saisi jusqu'ici. Entre le 17 mai 1854 et le mois de février 1855, j'avais ramassé les faits et les idées qui devaient composer mon volume sur l'accouchement physiologique. C'est pour publier ce volume que je me rendis à Paris dans les premiers jours de mars 1855.

Arrivé à Paris le 3 mars je fis le 5 ma visite à M. P. Dubois dont j'avais été l'élève en 1846 pour lui annoncer ce que j'avais obtenu en Corse.

Quand je dis à M. Dubois que par le palper seul pratiqué par dessus la chemise, je parvenais en quelques secondes, non seulement à savoir si la femme ait enceinte, mais à reconnaître la présentation et la

position du fœtus, à reconnaitre si elle portait un enfant ou deux, ce professeur, qui n'était pas expansif, pourtant, se mit à rire et quand j'ajoutai que si l'enfant n'était pas en présentation du sommet, je l'y ramenais artificiellement, évitant désormais non seulement les présentations du tronc, mais celles du siége, des pieds et de la face ! oh, alors, M. Dubois rit bien plus fort, ayant l'air de dire, voilà encore un provincial qui croit avoir découvert quelque chose (1) !

Devant ce rire ironique dont je n'étais pas flatté, je repris que j'étais prêt à lui montrer ces résultats à la clinique s'il me le permettait et il me congédia en me disant, *eh bien nous verrons tout cela*, d'un air encore plus incrédule que le rire précédent.

Avant de raconter ce que j'ai fait et qui a été si mal récompensé par l'école, je vais dire ce que j'aurais dû faire si j'avais pu me douter du résultat et ce que j'aurais fait si j'avais pu être guidé par des gens avisés. Je le dis pour que d'autres apprennent à mes frais.

Ce que je venais de dire à M. Dubois j'aurais dû l'annoncer à l'Académie de médecine par une lecture ou par une lettre, en demandant la nomination d'une commission pour constater la vérité des faits. Devant cette commission j'aurais démontré, non la manière de les obtenir, mais les résultats matériels de ces faits pour qu'elle les constatât dans un rapport public lu devant l'Académie.

Ce rapport, une fois obtenu, on m'aurait demandé les moyens, c'est-à-dire les procédés et les règles scientifiques pour obtenir les résultats, et en les donnant je pactisais en quelque sorte avec l'Académie, je pactisais avec l'Ecole, tandis que ma bonne foi provinciale m'a conduit à un résultat bien différent comme on va le voir. Je

(1) Ce n'est pas pour le palper et la version céphalique seuls que ce résultat m'est arrivé. Dans le cours de ma vie médicale, quand j'ai trouvé un point nouveau et que je me suis assuré de sa véracité j'ai toujours trouvé en l'annonçant d'autant plus de surprise et de répulsion chez les savants que ces personnes étaient plus haut placées. Ce que c'est que la conviction !

reprends mon récit, et pour ne plus y revenir, je vais tout d'abord raconter les résultats de mes deux mémoires de 1853. M. Cazeaux, auquel avait été confié mon mémoire sur la non existence de la fièvre de lait, n'avait pas fait de rapport, d'après ce qu'il me dit, parce qu'il croyait à l'existence de cette fièvre ; mais au moins il me rendit mon mémoire en 1855, quand je le lui demandai, et les idées qu'il contenait furent reproduites plus tard dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique.*

Quant à mon mémoire sur la réunion des plaies et sur le parallèle des suites de couches fébriles ou non fébriles avec les plaies réunies d'une manière immédiate ou avec suppuration, M. Jules Guérin ne fit pas non plus de rapport, mais il m'a été impossible de ravoir mon manuscrit, et j'ignorais alors que quand on remet un mémoire à un rapporteur, il faut toujours en garder la copie.

Je reprends mon récit :

Le 6 mars (1855) comme les jours suivants, je me rendis à la clinique de la Faculté à l'heure de la visite de M. Dubois et trouvant des femmes enceintes, je passais les mains sur le ventre encore recouvert de la chemise. En moins d'une minute j'avais porté mon diagnostic sur la présentation et la position de l'enfant. M. Dubois, chez ces mêmes femmes, pratiquait le toucher vaginal, cherchait par le moyen de l'auscultation les pulsations cardiaques et après 6, 8, 10 minutes il disait : Je crois que vous avez raison ; ou bien la chose n'était pas sûre pour lui, et nous attendions l'accouchement pour la confirmer. Cette fois il ne riait plus, il disait au contraire avec humeur : mais il n'est pas possible que vous puissiez être sûr de votre diagnostic puisque vous n'examinez pas les femmes ! Heureusement qu'à force de les répéter, ces expériences lui prouvèrent que mon impossible était la vérité.

Triste chose, loin de proclamer cette vérité, M. Dubois garda alors le silence, et lorsque je montrais au chef de clinique M. Blot comme aux élèves comment ils de-

vaient s'y prendre pour m'imiter, M. Dubois garda une attitude qui n'était pas encourageante. Ayant trouvé des présentations du siége ou des pieds, je proposai de faire la version céphalique devant lui et il dit, *ce n'est pas nécessaire elle se fera peut-être toute seule* ; les enfants naissaient par les pieds. C'est à la dérobée que j'ai pu faire quelques versions céphaliques à la clinique de la Faculté. Au bout de quelques mois, M. Dubois me faisait comprendre indirectement qu'il ne pouvait pas, malgré son silence, me laisser plus longtemps faire ces démonstrations à sa clinique ; mais il ne faudrait pas croire qu'il dédaignât tout ce que j'avais dit ou écrit. Nous avons vu qu'il ne parla plus de la fièvre de lait, et un jour il lui échappa ce mot, *peut-être M. Mattei a raison.*

Ce fut à l'occasion d'un travail assez long pour qu'il se formât une forte bosse sero-sanguine sur la tête de l'enfant. Pour moi cette bosse, pendant l'accouchement, n'arrive jamais que là où il y a des obstacles, et par conséquent des indications d'intervention. Lorsque les autres moyens ne réussissent pas, c'est qu'il faut employer le forceps, ne serait-ce que pour aider les contractions utérines, et les rendre plus efficaces.

Bien des élèves avaient profité de mes démonstrations à la clinique, et plus par esprit de contradiction que par esprit de propagande, M. Depaul, M. Campbel, tout en disant que le palper et la version par manœuvres externes étaient des choses vieilles, voulurent contrôler mon diagnostic par le toucher vaginal et l'auscultation, nier ou changer les versions céphaliques que je fis à la clinique. Mais celui qui profita le plus de mes démonstrations, ce fut le chef de clinique, M. Blot. Il m'a bien payé d'avoir fait son éducation au palper. Un jour j'avais le matin diagnostiqué une grossesse double, et je l'avais dit à la femme qui la portait. Le soir M. Blot l'apprend de la bouche de cette femme un peu éplorée et cherche à confirmer mon diagnostic par l'auscultation. Le lendemain il annonce triomphalement son diagnostic à la visite de M. Dubois, frustrant ainsi le palper et moi-même. Pour rétablir la vérité je dus

demander à la femme qui, le premier, lui avait dit qu'elle portait deux enfants, et elle répondit devant M. Dubois comme devant les élèves, *c'est vous, monsieur*. Ceci n'a pas suffi à rectifier le fait (1), et après avoir tiré de mes démonstrations le plus de profit possible, M. Blot est resté envers moi un des opposants les plus bilieux.

Pendant ce temps s'imprimait mon volume *sur l'Accouchement physiologique*. Mes démonstrations à la clinique et dans quelques autres hôpitaux, des extraits de mon livre qui avaient paru dans quelques journaux, enfin la publication du livre lui-même firent quelque sensation.

Après avoir étudié dans ce livre le but de la nature qui est le résultat le plus heureux, c'est-à-dire l'accouchement physiologique, je démontre que les principes admis dans les ouvrages classiques laissent à la nature des accouchements pathologiques pour les résultats. La douleur, les accidents, la mortalité de la mère et de l'enfant suffiraient à le démontrer.

J'étudie ensuite l'accouchement physiologique dans ses causes, considérées chez la mère et chez l'enfant, et chez l'une comme chez l'autre, je relève des points qui sortent des idées reçues. Je reconnais que les présentations fœtales de la grossesse ne sont pas celles de l'accouchement, et je simplifie la classification tout en la rendant plus pratique.

Le diagnostic attire mon attention ; et qu'on ne croie pas me voir uniquement attaché au palper. Je précise et j'étends aussi le toucher vaginal ainsi que l'auscultation. Enfin je consacre 21 pages au palper ; je le développe tellement, je le transforme si complétement, que je le rends, pour le diagnostic de la grossesse, supérieur au

(1) Un élève M. J. C. Pouthier voulant faire sa thèse sur les *Grossesses gemellaires*, (Paris 1856), demanda des observations à M. Blot, et celui-ci lui livra celle dont il est question ici, non-seulement sans me citer, mais en s'attribuant toujours le diagnostic. On y lit seulement cette restriction : *Une circonstance qu'il est inutile de mentionner attira un jour sur cette femme l'attention de M. Blot.* (V. p. 24, de la thèse Pouthier).

toucher vaginal et à l'auscultation. Après avoir établi le principe que la présentation du sommet est la seule physiologique, je ramène à celle-ci toutes les autres en prouvant: 1° que ce qu'on appelle la version céphalique, n'est qu'une réduction; 2° que si l'idée de faire la version céphalique dans la présentation du siége et des pieds avait été entrevue quelquefois, elle n'avait pas été mise en pratique avant moi.

En étudiant les phénomènes de la grossesse chez la mère, je relève bien des points nouveaux sur les présentations fœtales, la durée de la grossesse, la manière de prédire l'époque de l'accouchement, les préparations locales, ainsi que les soins locaux et généraux qu'ils réclament.

Après avoir étudié avec le plus grand soin le travail de l'accouchement pour le mécanisme, la durée, les conditions favorables et défavorables, les résultats immédiats et consécutifs pour la mère et pour l'enfant, j'arrive à cette conclusion que, si dans des cas exceptionnels pour nos femmes modifiées par la civilisation, l'accouchement se fait spontanément, de la manière la plus physiologique, dans l'immense majorité il faut venir en aide à la nature par des moyens artificiels pour aplanir les difficultés qu'elle rencontre dans l'exécution de la fonction. Il ne faut pas lui abandonner tout ce qu'elle peut faire par des efforts considérables, parceque ces efforts ne sont plus l'état physiologique et conduisent le plus souvent à un résultat pathologique pour la mère ou pour l'enfant. En d'autres termes, l'obstétrique avait été de plus en plus expectante, et j'ai suivi au contraire une obstétrique préventive agissante. Les moyens que j'ai employés devaient être utiles sans pouvoir jamais nuire. Bien des phénomènes inscrits par les auteurs sur le compte des accouchements naturels ou spontanés étaient autant de signes d'intervention pour moi. Tantôt par des moyens thérapeutiques, tantôt par des manœuvres, tantôt même par des opérations inoffensives et intelligemment exécutées, je me rapprochais par les moyens artificiels de l'accouche-

ment physiologique spontané et le résultat était à peu près le même. En un mot j'ai institué l'accouchement physiologique artificiel, non-seulement en théorie mais en pratique, soit en employant plus à propos les moyens connus, soit en en instituant de nouveaux.

Les résultats immédiats pour la mère et pour l'enfant sont venus me prouver toute l'utilité de ma manière de faire : moins d'enfants nés en état de mort apparente, et beaucoup moins en état de mort réelle. La femme ayant moins souffert, ayant perdu moins de sang, conserve plus de force, et si elle a eu d'autres couches, elle peut presque toujours comparer elle-même la différence des résultats immédiats.

Les suites de couches sont le plus souvent proportionnelles au travail. Dans l'accouchement physiologique naturel ou artificiel, l'utérus n'étant pas fatigué revient promptement et fortement sur lui-même. Non-seulement, il y a moins de sang perdu après la délivrance, mais il y a moins de caillots exposés à se décomposer, moins de suppuration, moins de résorptions. Aussi la femme a du lait sans la fameuse fièvre de lait et sans autres accidents fébriles locaux ou généraux. Au lieu de mettre la femme à la diète, je la nourris. De sorte qu'au lieu de laisser à l'accouchement l'aspect effrayant qu'on lui a laissé en le mettant aux prises avec les difficultés de l'accouchement dit naturel ou spontané, je lui rends au moins ses résultats physiologiques immédiats et consécutifs. Loin d'avoir la mortalité qui suit l'accouchement dit naturel ou spontané j'évite, non-seulement cette mortalité, mais une foule d'accidents pathologiques immédiats et consécutifs.

Telles étaient en résumé les idées et les résultats que je consignais dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique* ; c'était un remaniement des principes et de la pratique obstétricale descendant jusqu'aux plus petits détails dont je ne puis parler ici, et que j'ai étendus, complétés, pendant les 23 ans qui ont suivi la publication de mon *Essai sur l'accouchement physiologique* toujours avec un succès croissant.

Maintenant comment ces idées furent-elles acceptées en 1855 dans le monde médical, soit en France soit à l'étranger?

HUITIÈME ET DERNIÈRE PÉRIODE

L'effet que produisent les idées émises dans l'*Essai sur l'accouchement physiologique* est divers; au sein de l'École de Paris elles trouvent une hostilité souterraine, pendant qu'au sein du Corps médical de Paris et surtout au sein de la Presse médicale, elles reçoivent le meilleur accueil. Dans le restant de la France, et en particulier à Montpellier, elles sont accueillies avec sympathie. Mais l'École de Strasbourg, tout en me félicitant de prôner la version par manœuvres externes, revendique hardiment la priorité de Wigand dont elle traduit le mémoire, aussi inconnu jusqu'alors qu'il différait de mes idées.

A l'étranger, la Belgique, l'Allemagne, ne tarissent pas de félicitations à mon égard tout en revendiquant des droits de priorité en faveur d'auteurs encore moins connus que Wigand, de sorte que le côté historique et bibliographique se dessine. L'Italie accueille l'accouchement physiologique avec enthousiasme. L'Angleterre s'en fait l'interprète et le reste de l'année 1855, l'année 1856 vulgarisent mes idées dans tout le monde médical. Chose curieuse, ce n'est pas toujours l'ensemble de mes idées qui séduit. L'école de Strasbourg en jetant au travers le mémoire de Wigand dès l'apparition de mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, c'est sur la version par manœuvres externes que l'attention se concentre. Le palper abdominal lui-même reste en seconde ligne quoique l'on m'accorde sur ce point encore plus que sur la version céphalique.

L'École obstétricale de Paris, pendant ce temps, garde le silence; bien au contraire, elle met des entraves partout où je produis mes idées où je me produis moi-même, et des années se passent dans une hostilité tantôt apparente, tantôt cachée, mais toujours acharnée. Je cherche en vain les lieux où je puisse produire mes idées que je sens attaquées en sous-main. Les places de chef de clinique, d'agrégé, d'académicien me sont refusées. Ne pouvant plus montrer les faits matériels à la clinique, je demande en vain à les produire dans les autres hôpitaux, dans les bureaux de bienfaisance; on me ferme toutes les portes officielles, et je suis obligé de créer une clinique particulière à mes frais et dépens. On m'aurait fermé les portes de l'enseignement libre si on l'avait pu.

Cette lutte du pot de terre et du pot de fer ne pouvait pas durer toujours et pendant que j'appliquais mes idées à une clientèle de

plus en plus croissante, l'École faisait semblant de les ignorer. A peine après dix à douze ans on commence à revenir sur le palper et la version céphalique. Après plus de vingt ans enfin ces deux points sont abordés en plein par l'École, mais tout en ayant l'air de les ressusciter par l'attouchement de sa main.

Aussi fatigué qu'indigné de cette manière de procéder de la part de ceux qui auraient dû me soutenir et m'encourager, j'avais discontinué les publications obstétricales, mais aujourd'hui que l'École parle, le silence de ma part serait coupable.

Pour bien saisir l'historique de cette dernière époque, il faut la considérer sous trois points de vue :

1° L'effet qu'a produit l'*Essai sur l'accouchement physiologique* à l'étranger, en France et à Paris, en dehors de la Faculté de médecine ;

2° Ce que j'ai fait moi-même depuis 1855. Comment et par qui j'ai été récompensé de mes efforts ;

3° Ce qu'a fait l'École de Paris, soit à mon égard, soit à l'égard des idées et des résultats consignés dans l'*Essai sur l'accouchement physiologique*, ainsi que dans mes publications ultérieures.

Sans doute le palper abdominal et la version céphalique seront les deux principaux objets qui nous arrêteront puisque c'est principalement sur eux que l'attention s'est portée, mais nous ne pouvons pas passer complétement le reste sous silence. Commençons par l'accueil que mon livre sur l'accouchement physiologique a rencontré auprès de la presse de Paris.

L'ACCUEIL QU'A REÇU L'ESSAI SUR L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE.

Presse de Paris. — *La Gazette médicale* (1) donne la primeur de l'*Essai sur l'accouchement physiologique* en en publiant un extrait qui fit sensation. Le *Courrier médical* (2) fait une analyse bienveillante du volume qui

(1) *Gazette médic.*, 9 juin 1855.

(2) *Courrier médic.*, 15 août 1855.

venait de paraître. M. Amédée Latour dans l'*Union médicale* (1) dit, en faisant un compte-rendu de cet ouvrage : « L'obstétrique qui, par la sagesse et la lenteur de ses progrès, semblait avoir acquis des formules générales acceptées, serait-elle appelée à réviser ses principes les plus généraux ?.. L'ouvrage de M. Mattei n'est pas une de ces compilations comme on en voit tous les jours ; c'est un travail qui est neuf dans l'ensemble comme dans les détails, etc.. »

M. Jacquemier fait, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (2) une analyse détaillée de l'*Essai sur l'accouchement physiologique*, et son jugement, on ne peut plus autorisé, mérite de figurer ici un peu au long. Après s'être arrêté aux points principaux de l'ouvrage il dit : « On le voit, c'est un plan complet d'une réforme radicale embrassant à la fois la théorie et la pratique des accouchements qu'il s'agit de régénérer. » Il n'est pas convaincu de cela et il continue : « Non, nous n'avons pas à relever l'obstétrique de ses ruines... mais il est juste d'ajouter que M. Mattei n'est pas un réformateur de l'espèce de ceux que vous savez. Il ne menace pas de liquider *hic et nunc* la vieille obstétrique. Il ne veut que convertir, il demande même à être éclairé... L'ouvrage se recommande à l'attention du lecteur par une foule d'aperçus ingénieux, d'idées neuves, de critiques souvent fondées qui méritent d'être méditées, soit qu'on en accepte ou non la solidarité... » Après avoir répété mes propositions de ramener toutes les présentations du fœtus à celle du sommet, M. Jacquemier continue : « Si les promesses de l'auteur sont réalisables dans la mesure de ses assertions, il aura rendu un service important, et aura quelque droit au titre de réformateur et de bienfaiteur de l'humanité. » Passant ensuite au palper abdominal que Joerg et Schmitt, dit-il, avaient déjà employé, M. Jacquemier ajoute : « La netteté avec laquelle on reconnait sou-

(1) V. *Union médicale*, 20 septembre 1855.

(2) *Gazette hebdom.*, 28 septembre 1855.

vent la tête et même d'autres parties prédispose favorablement en faveur de l'initiative prise par M. Mattei. » Arrivant à la version fœtale par manœuvres externes dans les cas de présentation du tronc, M. Jacquemier dit : « Les tentatives faites jusqu'à ce jour sont restées à peu près complétement en dehors de la pratique ordinaire. Cela est plus vrai de la version de la tête dans les présentations du pelvis.... Ici encore M. Mattei mérite d'être soutenu et encouragé. La clinique d'accouchements qui lui est ouverte le mettra dans un bref délai en position de justifier ses prétentions et de recueillir publiquement l'honneur de sa découverte. » On sait que si, à la clinique, on a commencé à me laisser faire quelques palpations, on a fini par me mettre poliment à la porte sans vouloir me permettre de faire une version céphalique en présence du professeur et des élèves. Voici comment M. Jacquemier termine son article : « Bien que difficile à qualifier et à définir, l'œuvre de M. Mattei, par l'originalité des vues, la vivacité de l'imagination, la sincérité des convictions, une sympathie vraie pour la souffrance de la femme, l'expression candide des jouissances que procure l'étude, forme un livre à part, d'une lecture attachante..... En attendant, malgré la part faite à la critique, qu'il nous soit permis de dire que l'art obstétrical compte un représentant distingué de plus. »

Si déjà par ses travaux et par ses idées, M. Jacquemier ne s'était formé et qu'il n'eût grandi en dehors de l'École officielle, cette analyse seule suffirait à le démontrer. On trouve en lui le langage honnête de l'homme de science qui a des convictions, mais qui les changerait dès que la vérité lui serait démontrée ; en attendant il donne courage au travailleur, je n'avais jamais demandé plus. Et maintenant que d'autres viennent dire que j'ai eu raison au moins pour le palper et pour la version céphalique, en voulant, il est vrai, s'en approprier un peu le mérite, M. Jacquemier que pense-t-il, désormais, du jugement qu'il a porté en 1855 ? Je voudrais bien le savoir. Mais continuons les impressions de la Presse parisienne.

Le docteur Foucart publie dans la *Revue médico-chirurgicale de Malgaigne* (1) une analyse détaillée de l'*Essai sur l'accouchement physiologique* commençant par ces mots : « A plus d'un esprit sensé et intelligent, à plus d'un médecin instruit en pratique comme en théorie, il pourra paraître singulier que, après les traités d'accouchements nombreux, et pour la plupart bien faits..... un homme se soit rencontré qui ait entrepris de faire un gros volume sur l'accouchement physiologique, et qui ait eu la prétention d'y présenter des considérations originales, d'y ouvrir des horizons nouveaux. » Le D[r] Foucart fait l'analyse de l'ouvrage et voici comment il termine cette analyse : « A coup sûr le livre de M. Mattei est un ouvrage d'une haute portée. En supposant même que l'on ne veuille pas admettre dans leur totalité l'ensemble de vues nouvelles qu'il expose avec tant de chaleur et de conviction, on ne peut se refuser à convenir qu'il a ouvert une voie nouvelle aux investigations des accoucheurs, que ses idées, le plus souvent originales, sont frappées au coin de la vraisemblance, disons mieux de la vérité, en même temps que de l'honnêteté scientifique et professionnnelle la plus pure. Puisse la pratique générale réaliser les promesses qu'il nous fait, et son nom restera honorablement attaché à l'histoire de l'obstétrique, en même temps que les pauvres patientes béniront le nom de celui qui, en leur épargnant de cruelles souffrances, aura doublé pour elles les joies de la maternité. » Je pourrais citer d'autres analyses publiées dans la capitale à l'apparition de mon ouvrage, mais allons ailleurs.

Presse des départements. — Le D[r] Saurel, dans la *Revue de thérapeutique* de Montpellier (2), commence l'analyse de l'ouvrage par ces mots : « Nous ne craignons pas d'être accusé d'exagération en avançant que l'ouvrage qui va nous occuper diffère, et par son but et par les idées qui y sont exposées, de la plupart de ceux qui ont

(1) *Rev. méd. chir. de Malgaigne*, sept. 1855.

(2) V. *Revue de thérapeut. du Midi*, septembre 1855.

été publiés jusqu'ici » et après avoir analysé le volume en détail, voici comment il termine son travail: « Nous mentirions à notre conscience si nous ne déclarions l'impression favorable qu'a produite en nous la lecture du livre en question; nous avons été frappé de la justesse de plusieurs des idées de l'auteur et des procédés ingénieux qu'il a mis en usage pour arriver à leur réalisation.... Si la vérité est avec lui, elle triomphera certainement. »

Le docteur Pétrequin de Lyon, dans un article signé seulement D. publie dans la *Gazette médicale de Paris* (1) une analyse de l'*Essai sur l'accouchement physiologique*, et en parlant de la proposition de ramener toutes les présentations du fœtus à celle du sommet il dit : « Jusqu'ici on a cru ne pouvoir remédier à quelques présentations anormales du fœtus qu'au moment de l'accouchement.... M. Mattei propose de le faire avant... C'est là une innovation qui semblera hardie, sinon presque impraticable aux yeux de la plupart des médecins ; et cependant, en méditant les raisons et les faits que l'auteur cite à l'appui, on se laisse involontairement entraîner à accepter ses conclusions. » Le D[r] Pétrequin après s'être arrêté aux principaux points de l'ouvrage conclut ainsi : « En résumé, l'*Essai sur l'accouchement physiologique* est une œuvre de science et de pratique appelée à un légitime succès, et qui modifiera certainement en plusieurs points l'art obstétrical. »

Si je parle en dernier lieu de l'impression que produisit mon œuvre à Strasbourg, ce n'est pas que cette école fût la dernière à manifester son opinion, elle fut au contraire des premières et d'une manière vive autant que persévérante ; aussi elle va nous arrêter un peu longuement.

Dès l'apparition du premier extrait de mon ouvrage dans la *Gazette médicale de Paris*, du 9 juin 1855, M. Hergott publie le 7 juillet suivant dans le même journal une lettre de revendication en faveur de Wi-

(1) *Gazette méd. de Paris,* décembre 1855.

gand auquel il attribue la priorité de la version par manœuvres externes, priorité à laquelle il associe M. Stoltz comme continuateur de la méthode de Wigand. Le 17 avril 1856 un élève de Strasbourg, M. Belin, soutenait sa thèse inaugurale sur *la version du fœtus par manœuvres externes*, dans laquelle il donnait la traduction de la partie du mémoire de Wigand concernant la version en question, enfin M. Hergott, alors agrégé à l'École, publia en 1857 une brochure avec introduction par M. le professeur Stoltz, dans laquelle on traduisait le mémoire entier que Wigand avait envoyé depuis 1812 à Paris et à Berlin, portant sur d'autres points obstétricaux que la version par manœuvres externes.

Qu'était devenu ce mémoire pendant les quarante-trois ans qui s'étaient écoulés? Nous l'avons déjà vu plus loin, il n'en avait été pas plus question en Allemagne qu'en France, c'est-à-dire que les idées de Wigand, connues des auteurs germaniques, sont consignées dans les traités classiques d'Allemagne à titre bibliographique, mais la version par manœuvres externes reste comme une très-rare exception. A Paris, c'est à peine si Velpeau cite le nom de Wigand et les manœuvres qu'il conseille. La langue allemande étant encore peu vulgarisée dans notre capitale, le mémoire de Wigand y était resté ignoré. Puisque les traités classiques français de Chailly et de Cazeaux n'en disaient rien, tout en parlant vaguement de la version par manœuvres externes, je ne rougirai pas en disant que je l'ignorais complétement au moment de mes recherches. Nous allons du reste en avoir la preuve matérielle.

Les choses ne se passaient pas ainsi à Strasbourg où la langue allemande plus familière avait fait connaître le mémoire de Wigand. Déjà cette École était préparée à la version céphalique par Flamant; les idées de Wigand venaient renforcer ces principes et M. Stoltz avait déjà traduit ces principes par quelques applications pratiques. Il n'était pas étonnant que la publication de

mon *Essai sur l'accouchement physiologique* fit élever la voix à l'École de Strasbourg.

Comment cette École me traite-t-elle, malgré cette revendication? M. Hergott, en parlant de mon livre, se félicite dans l'article du 7 juillet : « Que les accoucheurs français entrent dans une voie plus conforme à l'observation plus rigoureuse de la nature et plus intelligente des ressources de l'art dans un grand nombre de cas ; » et cette voie avait été ouverte en 1807-1812, par Wigand, mais « on regrette qu'on ait ignoré en France un travail si important. » Quant au palper, dont parlait peu Wigand, et qui n'était pas plus avancé à Strasbourg, M. Hergott n'y croit guère. Voici comment il parle à ce sujet : « Nous ne croyons pas que le palper abdominal, qui a permis à M. Mattei de reconnaître toutes les présentations et les positions du fœtus pendant la grossesse et au moment du travail, et rend pour lui le diagnostic si facile, fournisse, même avec le secours de l'auscultation et même du toucher, à d'autres accoucheurs, des lumières aussi certaines ni aussi faciles pour les éclairer dans leur diagnostic ; une affirmation aussi catégorique, basée sur les moyens d'exploration externes seuls, affirmation qui n'admet même pas le doute du sage, me paraît être le résultat d'une confiance trop grande dans ce moyen d'exploration, et qu'une pratique plus étendue tempérera sans doute, etc. » C'est-à-dire que l'école de Strasbourg ne croyait pas encore à la sûreté du palper, parce que Wigand, pas plus que M. Stoltz, ne l'avaient poussé aussi loin que je l'avais fait. Quant à faire la version dans les cas de présentation du siége, et surtout de la faire pendant la grossesse, M. Hergott dit : « Que penser de l'utilité des manœuvres après le septième mois, alors qu'un grand nombre de fœtus exécutent spontanément encore la version sur la tête, évolution connue sous le nom de culbute.... Est-il sage, est-il prudent même, de chercher toujours à changer en présentation de la tête la présentation du siége.... » (1)

(1) La version céphalique spontanée dans les cas de présentation du siége, a été observée quelquefois. La thèse de M. Passant, Paris

Dans la thèse de M. Belin, avant la traduction de la partie du mémoire en question qui concerne la version par manœuvres externes, on traite l'historique du sujet, et l'on cite Rueff, Mercurius, Scipio, avant Wigand; après lui on cite d'Outrepont ainsi qu'une série d'auteurs classiques allemands, pendant qu'on constate le silence des auteurs français sur la méthode de Wigand. Arrivé à moi l'auteur dit : « Nous félicitons M. Mattei d'avoir le premier, en France, décrit avec quelques détails cette manœuvre obstétricale. » Ainsi aux yeux de l'école de Strasbourg, je n'aurais eu que le mérite d'avoir employé en France ce qui existait déjà en Allemagne.

La traduction totale du mémoire de l'accoucheur de Hambourg, publiée par M. Hergott en 1857 comme nous avons dit, est précédée d'une préface par M. Stoltz. Le professeur encore ici regrette que je n'aie pas connu l'auteur allemand, mais il commence à s'apercevoir que mes idées ne sont pas précisément celles de Wigand, et sans le dire d'une manière explicite, il semble préférer les idées de Wigand aux miennes. Je vais établir en peu de mots quelle est cette différence.

1° Wigand appelle *version* l'opération qui ramène au centre du détroit la tête ou le siége du fœtus dans les cas de présentation du tronc ou autres positions inclinées. Moi, au contraire, j'appelle *réduction céphalique* celle où je ramène la tête sur le centre du détroit pendant qu'elle est sur le bord ou dans les fosses iliaques comme dans les présentations du tronc. *La version céphalique* est pour moi celle où je retourne l'enfant, c'est-à-dire où je change les présentations du siége ou des pieds en présentations du sommet (de *vertere*). Je ne fais pas d'opérations pour emmener le siége sur le détroit.

2° D'après Wigand, ce qui l'a conduit à ces opérations par manœuvres externes par la position de la femme, etc., a été la rectification spontanée du fœtus

1854, en décrit un exemple; mais on se tromperait fort, si, en pareil cas, on comptait toujours sur la culbute. M. Hergott, ne veut pas ici changer la présentation du siége quand même il le pourrait.

qu'il a pu voir dans des cas où on proposait de faire la version podalique. Pour moi, au contraire, ces rectifications spontanées ou artificielles sont bonnes quand elles se font sur la tête, mauvaises quand elles se font sur le siége ou les pieds. La culbute des anciens, si elle avait lieu, serait bonne, mais elle est très rare, aussi je la fais artificiellement quand elle n'a pas lieu.

3° Wigand acceptant les idées reçues, considère comme naturelles les présentations de la face, du siége et des pieds et ramène à celles-ci même celles du tronc. Pour moi, au contraire, il n'y a de présentation physiologique que la présentation du sommet de la tête et c'est à celle-là que je ramène toutes les autres.

4° Wigand n'opère qu'au moment du travail, avant ou peu après la rupture des membranes. Moi aussi j'opère ainsi dans les réductions céphaliques, mais pour les versions céphaliques proprement dites, j'opère dans le 8e et le 9e mois de la grossesse.

5° Les opérations de Wigand constituent des cas exceptionnels applicables au dernier moment. Moi au contraire je prépare la présentation avant et pendant le travail dans tous les cas.

6° Wigand compte surtout sur le toucher vaginal et plus tard on a pu compter sur l'auscultation pour le diagnostic. La palpation n'est venue que comme auxiliaire dans les cas douteux sans pouvoir souvent même porter un diagnostic certain. A peine s'il en dit quelques mots. Moi, au contraire, j'ai tellement perfectionné le palper abdominal, je l'ai tellement ramené à des principes fixes, que je l'ai rendu pendant les derniers temps de la grossesse beaucoup plus facile et plus sûr que le toucher vaginal et que l'auscultation réunis. En un mot, j'en ai fait une méthode générale de diagnostic.

Pour conclure, je ne connaissais pas Wigand avant mes recherches; ce sont mes idées générales qui m'ont porté à développer le palper et la version céphalique par manœuvres externes, mais aujourd'hui que les deux méthodes sont connues, j'ai le droit de dire que la

mienne n'englobe pas seulement celle de Wigand, elle est infiniment plus générale et plus parfaite. C'est malheureusement ce que n'a pas encore vu l'Ecole de Strasbourg, transportée à Nancy depuis nos malheurs de la guerre (1870-71.)

Nous venons de constater l'impression que produisit en France l'*Essai sur l'accouchement physiologique.*

Passons maintenant à l'étranger en commençant par la Belgique.

Presse étrangère. — Le *Scalpel de Liège* publie le 20 décembre 1855, une analyse détaillée, en partie directe, en partie empruntée aux journaux de Paris, mais bienveillante, et c'est au bruit que les journaux français et belges avaient fait autour de l'*Essai sur l'accouchement physiologique* que de nouvelles priorités se réveillent.

M. J. Hubert, professeur d'accouchements à l'université catholique de Louvain avait, comme nous l'avons dit, publié en 1843 un travail sur la version par manœuvres externes sans connaître lui-même les idées de Wigand, et il était arrivé à peu près aux mêmes préceptes que l'accoucheur allemand.

En apprenant la publication de l'*Essai sur l'accouchement physiologique*, M. Hubert se mit en rapport avec moi et m'envoya quelques-unes de ses productions avec une lettre du 16 août 1856 dont j'extrais les passages suivants : « La seule raison de cet envoi, M. Mattei, se trouve dans l'estime que m'ont inspirée pour votre personne vos remarquables travaux et plus spécialement votre essai si original, si neuf, sur l'accouchement physiologique. Lorsqu'un homme d'avenir surgit à l'horizon, j'en suis heureux pour la science et j'approuve des deux mains dans l'espoir que cette marque de sympathie, de quelque bas qu'elle parte, donne à un jeune auteur plus de confiance dans sa force, plus de persévérance dans la lutte qui l'attend. »

« Relativement à mon petit travail sur *l'examen du ventre*, je dois vous dire que depuis vingt ans, j'ai la conviction qu'appelé à temps avant l'écoulement des

eaux et même un peu après s'il n'est pas survenu de contractions utérines, l'accoucheur peut, par des manipulations externes seules, ramener à des présentations franches le sommet de la tête ou le pelvis, lorsqu'ils sont déviés plus ou moins du détroit supérieur. » Ainsi c'est bien clair, Hubert professait exactement les idées de Wigand. L'auteur dit s'être appliqué aussi au palper et l'avoir enseigné à ses élèves, sans que j'aie pu savoir dans quelle mesure, d'après quels préceptes. Et quant à la priorité, il dit : « Mais ce fait ne diminue en rien le mérite de vos belles recherches vis-à-vis du public et même à mes propres yeux. L'article que j'ai publié en 1843 n'a pas été reproduit en France ni ailleurs ; celui de 1856 (1) ne le sera pas davantage, et si je ne vous l'avais adressé, vous n'en auriez sans doute jamais eu connaissance. Vous n'avez donc pu rien m'emprunter, vos idées et vos œuvres sont les vôtres ; elles sont les vôtres parce qu'elles viennent réellement de vous et parce que vous avez tout le talent, toute l'énergie, toute la volonté nécessaires pour les faire adopter. La question de priorité ne nous séparera donc pas, mon cher confrère. Allez vers votre but, allez hardiment et pourvu que vous l'atteigniez, je le répète, je serai des premiers à applaudir...... »

« D'un bond vous avez pris dans la science une position qui promet et qui oblige ; vous osez sortir de l'ornière battue par la routine et vous rencontrerez probablement sur la voie nouvelle où vous entrez si résolûment bien des obstacles matériels et moraux ; mais marchez d'un pied ferme et le temps qui met tout à sa place vous rendra justice..... » Si ces paroles me venaient d'un ami déjà connu elles pourraient être suspectes, mais elles venaient d'un homme que je ne connaissais pas

(1) N'en ayant pas de disponibles, M. Hubert m'avait envoyé ces mémoires reliés dans des volumes avec prière de les rendre une fois lus. Je regrette de ne les avoir pas copiés, car j'avais l'espoir de pouvoir me les procurer, mais la chose a été impossible, et je ne puis pas citer textuellement l'auteur sur des souvenirs assez éloignés.

encore, d'un homme de cœur et d'intelligence qui a joui dans le restant de sa vie de mon estime et de mon amitié. Pour conclure sur la valeur des travaux de M. Hubert, et sur les droits de priorité réciproque concernant surtout le palper abdominal, voici ce qu'il écrivait dans la *Gazette des hôpitaux* (5 juillet 1862), en faisant l'analyse de ma clinique obstétricale, sept ans après la publication de mon *Essai sur l'accouchement physiologique*.

« Le fœtus étant à terme et vivant, son expulsion par l'extrémité pelvienne devient pour lui une nouvelle cause de danger. La théorie et l'expérience sont d'accord sur ce point. Mais ce danger est-il tel qu'il faille chercher à substituer une présentation du sommet à celle du pelvis ? C'est là une question que M. Mattei a résolue le premier, car le mémoire de Wigand et le nôtre (1) n'ont jamais eu pour but que de remédier par des maneuvres externes aux présentations du tronc. Cette question, M. Mattei la résout par l'affirmative. »

Parlant ensuite du diagnostic et du palper, M. Hubert continue : « M. Mattei a porté l'examen du ventre à un degré de perfection tel que — chose remarquable — dans presque toutes ses observations, la présentation et même la position du fœtus ont été constatées à travers les parois abdominales. Nous connaissions aussi tous les avantages de ce mode d'exploration, et il y a bientôt vingt ans que nous cherchons à les faire comprendre (2). Nous croyons cependant que le degré de précision auquel M. Mattei est parvenu et qui, notons-le bien est ici de rigueur, ne pourra être de longtemps atteint par la généralité des accoucheurs. » Ici M. Hubert s'exagérait les craintes de l'éducation du palper ;

(1) *Des présentations vicieuses du fœtus* et de la possibilité de les corriger par des manipulations extérieures, *Encyclographie des sciences médicales,* Bruxelles, juillet et août 1843.

(2) Mémoire cité ci-dessus, et de l'*Examen du ventre au point de vue obstétrical. Annales médicales* de la Flandre occidentale, 1855-1856.

quelques leçons cliniques ont suffi à mes élèves pour les mettre sur la voie, ils ont achevé aisément leur éducation après. La chose est si vraie que par les préceptes seuls que j'ai consignés dans l'*Essai sur l'accouchement physiologique*, la nouvelle génération a pu se fortifier assez pour me disputer le terrain, témoin l'ouvrage de M. Pinard. Mais terminons-en avec M. Hubert lequel dit encore : « Grâce à ses travaux et grâce à sa persévérance, M. Mattei plus heureux, est parvenu à se faire entendre et ce doit être pour lui une satisfaction bien douce, que d'avoir vu un homme du mérite de M. Stolz exhumer et rendre à la lumière le mémoire mort-né de Wigand. Ajoutons-le d'ailleurs, si les conseils et la pratique de l'accoucheur allemand étaient tombés dans l'oubli, c'est qu'ils manquaient de véritable base — la précision du diagnostic. — C'est M. Mattei plus qu'aucun autre qui la leur a donnée. »

Dans le cours d'accouchements autographié que M. Hubert a publié en 1863-1864, et où un article est consacré au palper, l'auteur ne fait pas l'historique de ce moyen d'exploration, et voici tout ce qu'il dit à propos des présentations et des positions reconnues par le palper.

Il parle des parties fœtales qu'on peut sentir sous la main à une époque avancée de la grossesse. « Plus tard elles prennent plus de fixité, le dos s'applique contre une des parois de la matrice où on peut le reconnaître à une fermeté qui se prolonge assez loin sans interruption. Du côté opposé on sent les saillies plus ou moins aiguës et plus ou moins mobiles des membres, des pieds ou des genoux surtout. Entre ces saillies et les fesses, et dans l'espace plus large qui correspond au creux abdominal, la matrice est plus molle, plus dépressible, fluctuante parce que c'est là que s'accumule le liquide amniotique. »

Voilà tout ce que disait encore M. Hubert huit ans après la publication de l'*Essai sur l'accouchement physiologique*, et encore il dit ces choses applicables seulement à des cas favorables. Certes il n'y a pas là de quoi

baser le palper comme moyen de diagnostic des présentations et des positions du fœtus, des grossesses multiples, etc. Ce cours publié par son fils en 1869 n'en dit pas plus, mais dans la 2ᵉ édition de cette année-ci l'ouvrage est plus complet. M. Hubert fils fait un historique au palper et naturellement il rend au père ample justice. Il a eu seulement tort, à mon avis, de ne pas établir la priorité de son père par la reproduction complète de l'article publié en 1843, parce que celle-là est incontestable au moins par rapport à moi, et parce qu'elle aurait fait voir ce qu'elle vaut.

Voilà, réduits à leur véritable valeur, les arguments qu'on m'oppose pour établir la priorité de Wigand et d'Hubert sur la version par manœuvres externes et sur le palper, priorité pouvant diminuer d'autant la mienne propre. Je n'avais eu et je n'avais pu avoir la moindre connaissance des travaux de ces deux auteurs pendant mes recherches théoriques et cliniques, sans cela je me serais fait un rigoureux devoir de les citer, tout en faisant mon profit de ces travaux. Mais la meilleure preuve que je ne les ai pas connus, c'est que mes principes, mes résultats n'ont rien de commun avec ceux de Wigand et d'Hubert. Je puis même ajouter, non sans quelque satisfaction, que mes résultats absorbent ceux de ces auteurs et de ceux qui les ont imités ; ils les dépassent en théorie comme en pratique.

D'autres médecins de la Belgique nous donnent les impressions favorables que l'*Essai sur l'accouchement physiologique* a produites dans cette nation. Je me contenterai de citer le Dʳ Boens de Charleroi qui, dans les *Annales médicales de la Flandre occidentale* (1860, nº 19) a fait une longue analyse de mon ouvrage où il dit entr'autres choses : « C'est un travail heureusement conçu ; malgré le peu de faveur qu'il a rencontré jusqu'ici chez les hommes que toute nouveauté effarouche, il deviendra le complément nécessaire des ouvrages classiques qui tous, sans exception, ont négligé de s'occuper de cette partie de l'art obstétrical. » En entrant dans les détails, le Dʳ Boens partage complétement mes idées

sur la méthode préventive en obstétrique, blâme la méthode expectante classique, et s'associe à mes procédés, surtout pour le palper abdominal et la version céphalique par manœuvres externes. Il termine en disant : « Je ne connais pas de livre mieux fait pour nous démontrer et nous convaincre que le rôle de l'homme de l'art en présence d'une femme en travail ne peut jamais être purement passif.... que les idées de M. Mattei fassent leur chemin, nous le souhaitons vivement ». Laissons maintenant la Belgique pour aller en Allemagne.

Siebold, professeur éminent à Gottingen, publia dans le *Rapport annuel sur les progrès de la médecine de tous les pays* (par Constat 1855, p. 356) une longue analyse de mon *Essai sur l'accouchement physiologique* dont je vais traduire quelques passages.

Il appelle l'accouchement physiologique, tel que je le comprends, mon idéal, tout en convenant que j'en cite des exemples ; puis il ajoute : « Nous ne désapprouvons pas l'auteur d'avoir devant les yeux toujours cette norme favorable ; elle peut et doit conduire à bonne fin. » Continuant à analyser mon ouvrage, il arrive à la troisième partie où il est question du diognostic. « C'est ici que l'auteur développe le plus d'assiduité et de soin... L'examen extérieur et intérieur du ventre sont d'une égale importance.... L'exploration manuelle de l'abdomen, appelée le palper, est admirablement bien traitée. Cette manière d'explorer forme le point culminant de son travail et peut servir de modèle. » Ainsi pas de contestation sur la priorité du palper de la part de Siebold, tandis qu'en parlant de la version par manœuvres externes il dit : « L'auteur enseigne dans un chapitre à part la réduction céphalique. C'est la transformation d'une position indirecte en une position directe.... Cette opération est souvent très difficile ou impossible quand elle est entreprise après le commencement de l'accouchement ; elle est au contraire plus facile pendant la grossesse ; la dernière quinzaine forme l'époque la plus propice.... L'auteur décrit la manière de diriger la

tête.... et il se sert des manipulations extérieures ; moyen qui n'est pas nouveau pour nous autres en Allemagne, puisque c'est Wigand qui nous l'a enseigné. » Ainsi Siebold ici revendique la priorité de Wigand mais nous savons que celui-ci n'opérait que pendant le travail et ramenait indistinctement la tête ou le siége sur le détroit supérieur tandis que Siebold incline plutôt vers ma manière de voir ; c'est-à-dire à opérer pendant les derniers jours de la grossesse et à opérer sur la tête. Chose curieuse, le professeur de Gottingen, ne s'arrête pas à la transformation des présentations des pieds et du siége que je fais, c'est-à-dire à la véritable version, chose que n'avait ni fait ni proposé Wigand.

Après avoir parcouru en détail l'*Essai sur l'accouchement physiologique* et avoir convenu que plusieurs idées consignées dans cet ouvrage avaient été déjà entrevues en Allemagne, Siebold termine son analyse en disant : « Nous nous félicitons de l'ouvrage de M. Mattei ; on ne saurait trop développer une bonne chose, il se trouve en outre chez lui assez d'idées originales, qui a côté de démonstrations idéales, nous font connaître beaucoup de choses vraiment utiles..... »

L'Italie a rendu compte de l'*Essai sur l'accouchement physiologique* en faisant des éloges comme celui-ci : «.... Gli scrittori classici d'ostetricia alla testa deiquali per esempio, oggi figura l'aureo trattato sul parto fisiologico, dell' esimio ed erudito prof. Mattei (1) » c'est-à-dire où la bienveillance tient lieu de critique. Il n'en a pas été de même en Angleterre.

Ici Murray parle en 1858 du palper dans le *The lancet* sans me citer, mais dans le peu qu'il publie il suit d'assez près les conseils que j'ai donnés moi-même pour que divers journalistes français qui ont analysé son travail l'aient appelé une mauvaise copie du mien.

Comme on vient de le voir, l'impression produite sur

(1) V. Aurelio Finizio *sunto Teorico-Pratico d'Ostetricia Napoli*. 1860, in-12, p. VI. — V. *Bollettino delle scienze mediche*. in-8. — Bologna, bebbrago, 1862.

le monde médical par mon *Essai sur l'accouchement physiologique* était réellement encourageante. A Paris. en dehors de l'Ecole, à Montpellier, à Strasbourg, en Belgique, en Allemagne, partout on loue mes efforts, on soutient mon courage, et, comme on l'a vu, la question de priorité ne m'est guère disputée même par ceux qui soutiennent Wigand, elle ne m'est pas disputée par Hubert qui a étudié le sujet. La part que ces deux accoucheurs ont eue dans l'étude de la version par manœuvres externes est toutefois diverse de la mienne et surtout on ne conteste pas la valeur que j'ai donnée au palper.

CE QUE J'AI FAIT MOI-MÊME DEPUIS 1855. COMMENT ET PAR QUI J'AI ÉTÉ RÉCOMPENSÉ DE MES EFFORTS.

La clinique d'accouchements de la Faculté m'ayant été en quelque sorte interdite, la Maternité de Paris n'étant pas ouverte au corps médical en dehors des membres du service, je n'avais plus d'établissements publics où je pusse démontrer cliniquement mes idées aux élèves et au public médical.

J'allais bien dans les autres hôpitaux où il y a quelques lits de femmes en couches comme à la Charité, mais rarement il y avait des femmes grosses. L'hôpital St-Louis ayant un service d'accouchements plus important, je demandai au chef de service, M. Demarquay de me permettre de faire les accouchements gratuitement et je me serais installé dans le quartier pour cela. M. Demarquay n'y voyait pas d'obstacle mais le directeur de l'hôpital s'y opposa en disant que cela sortait des règlements.

Du reste, ce que je désirais était de faire l'application de mes idées dans leur ensemble depuis la grossesse jusqu'aux suites de couches et à l'allaitement. Or dans un hôpital où je n'étais pas maître, la chose était impossible.

J'eus alors l'idée de faire gratuitement en ville les accouchements des bureaux de bienfaisance et j'adressai dans ce but une demande au directeur de l'assistance publi-

que. Je me présentai même chez lui pour lui démontrer ce que je voulais faire dans l'intérêt de la science, aussi bien que dans l'intérêt des femmes et des enfants de Paris, pendant que ces femmes et ces enfants étaient confiés à d'ignorantes sages-femmes. La chose me fut encore refusée.

Je me vis alors dans l'alternative ou d'abandonner la démonstration clinique à Paris après avoir publié le livre qui faisait connaître mes idées, — ma position de la Corse n'était pas perdue, bien au contraire, le Préfet pour m'engager au retour me nommait médecin inspecteur des eaux thermales de Fiumorbo, le sous-préfet, le maire de Bastia, les habitants m'appelaient par des lettres multipliées, — ou bien il fallait renoncer à la Corse et créer à Paris même une clinique d'accouchements à mes frais.

Le premier parti était le plus facile et le plus avantageux au point de vue pécuniaire, mais il livrait mes idées aux habiles qui les auraient couvertes du voile le plus épais, pour les faire paraître après sous des couleurs qui n'étaient plus les miennes ; je désertais par conséquent mes devoirs de père.

Le second parti était beaucoup plus pénible sous tous les rapports, car, seul, je devais lutter contre la force écrasante des corps officiels. Le séjour de Paris, les démonstrations scientifiques, les publications devaient demander d'immenses sacrifices d'argent, de temps et de forces. Il fallait sacrifier la position acquise et sûre que j'avais en Corse pour aller après l'incertain de Paris.

C'est ce dernier parti cependant que je suivis et le 1er février 1856, j'ouvrais place Sorbonne une clinique où je recevais gratuitement les femmes enceintes pour les garder jusqu'après l'accouchement.

C'est là que j'ouvris des cours cliniques, appelant les élèves à juger de visu les principes et les résultats comme à pratiquer eux-mêmes ces principes sous ma surveillance.

En même temps que ces cours cliniques, je fis des cours théoriques à l'Ecole pratique en 1857, 1858, 1859,

1860, et grâce aux droits de l'enseignement libre je ne fus pas arrêté, mais par ces moyens je devenais de plus en plus en butte à la Faculté. Quelques élèves ont émis les idées que je professais pendant leurs examens ou dans leurs thèses, et ils les ont vues attaquées constamment, heureux s'ils n'ont pas été refusés pour cela.

Un de ces élèves a même fait sa thèse sur le palper abdominal (1) quoiqu'il n'ait pas approfondi le sujet autant qu'il aurait dû le faire.

Espérant vaincre les résistances par l'étude de plus en plus approfondie de mes principes et par les applications multipliées faites sous les yeux du public médical, je me mis au travail avec acharnement. Je fis à grands frais une vaste collection d'ouvrages obstétricaux et je commençai de larges études; études historiques, études théoriques, études cliniques, études d'ensemble, études de détail.

Les articles de journaux, les brochures, la clinique obstétricale que j'ai publiés, les lectures que j'ai faites aux Académies et aux Sociétés suivantes pendant les années qui ont suivi la publication de mon *Essai sur l'accouchement physiologique* (2), ces travaux touchent déjà à presque tous les points de l'obstétrique, mais ce que je voulais faire était un vaste traité général dont je préparais les matériaux, embrassant tous les

(1) Lechevallier : *Du palper abdominal appliqué à l'obstétrique et plus spécialement à l'étude de la grossesse,* thèse in-4°. — Paris, 1859.

(2) Une bibliographie de mes principaux travaux a été publiée en 1855 avec l'*Essai sur l'accouchement physiologique*; en 1860, dans une brochure intitulée *M. Mattei, ses titres et ses travaux*; enfin en 1872, dans *l'Enoncé des titres des travaux scientifiques et des principales recherches obstétricales de M. le Dr Mattei.* Mais ces bibliographies sont incomplètes et ne se rapportent qu'à certains travaux.

En publiant les *Annales de la Corse* je fais la bibliographie des ouvrages qui touchent à l'histoire de ce département ou qui ont été publiés par des hommes nés en Corse. Il était naturel que j'y prisse ma place et c'est là qu'on peut trouver l'indication complète de mes travaux scientifiques et littéraires.

sujets obstétricaux plus largement qu'on ne l'avait fait (1) soit en France soit à l'étranger.

Le côté pratique marchait de front avec la partie théorique : modification des procédés opératoires, modification des instruments obstétricaux, publication de ma clinique et de ma statistique obstétricales, bref un travail considérable exécuté sous les yeux des élèves et sous les yeux du corps médical français et étranger. La clientèle venait déjà s'ajouter à ma clinique pour servir de champ d'étude et d'observation, elle n'a pas cessé depuis. J'espère, avant de mourir, démontrer en détail tous les fruits d'un bon principe scientifique intelligemment appliqué et modifiant, de mille manières, les idées, les applications, les procédés, les instruments et surtout les résultats définitifs.

Pendant que tout ceci se passait à côté de l'École officielle et nous allons voir dans un instant comment elle me traitait, je recevais de Paris, de la France, de l'Étranger des encouragements qui soutenaient mon courage.

Le public médical de Paris m'accordait sa confiance pour les consultations et les opérations dans les cas graves d'obstétrique ; j'étais embarrassé pour répondre

(1) La manière d'étudier influe considérablement sur les idées comme sur les résultats, et pour bien étudier il faut commencer par avoir une grande bibliothèque disposée de manière à ce que le travail soit à la fois facile et le plus profitable que possible. Voici comment j'ai disposé ma collection obstétricale.

Les imprimés sont ou des ouvrages ou des brochures. Les ouvrages sont séparés en deux bibliothèques, l'obstétrique française et l'obstétrique étrangère. Dans l'une et dans l'autre les ouvrages sont rangés par rang de date. Quant aux brochures, elles sont placées dans des cartons disposés par ordre de matières, depuis les sciences accessoires à l'obstétrique, ou qui ont des rapports indirects avec elle jusqu'aux sujets les plus détaillés qui en font partie essentielle, et dans chaque carton les brochures sont par ordre chronologique.

Les manuscrits comprennent la bibliographie de l'obstétrique et des notes sur tous les sujets de l'obstétrique.

Les titres d'ouvrages et les notes sont écrits chacun sur une feuille volante qui prend sa place dans autant de cartons spéciaux. De plus les manuscrits comprennent un volume de notes par ordre chronologique et autres registres sur les travaux à faire ou en train d'exécution, les cartons de mes propres observations cliniques, etc., etc...

aux demandes de la Presse médicale qui sollicitait pour avoir des publications de ma part. Plusieurs Sociétés scientifiques et médicales de la capitale sollicitaient et ma présence et mes communications ; bref en quelques années j'avais une position aussi bonne qu'indépendante à Paris même (1).

Elle n'était pas moindre hors de Paris. Nous avons vu à Montpellier le Dr Saurel analyser avec on ne peut plus de bienveillance l'*Essai sur l'accouchement physiologique*. Le professeur Bénoit, dans une lettre du 11 juillet 1855, m'écrivait : « Je vois avec plaisir que vous prenez rang parmi les médecins qui honorent le plus notre corps ; je suivrai avec intérêt et bonheur votre marche progressive et j'applaudis d'avance à vos succès ».

Déjà, à la suite des concours auxquels j'avais pris part à Montpellier, la plupart des professeurs de la Faculté de médecine avaient conservé de la bienveillance pour moi. J'étais, dès l'année 1843, membre de la Société de médecine et de chirurgie pratiques. L'année 1863, à la suite d'un rapport fait par M. Dumas, professeur d'accouchements, l'Académie des sciences et lettres de Montpellier me nomma membre correspondant.

La Faculté de médecine de Strasbourg n'était pas moins bienveillante à mon égard. Si elle revendiquait quelques priorités pour Wigand, Flamant, Stolz, elle me félicitait et m'encourageait pour le restant. Sur un rapport élogieux de M. Hergott, la Société médicale de Strasbourg m'inscrivit en 1856, au nombre de ses membres.

Nous avons vu l'opinion de Hubert et de Boens sur mes travaux, l'académie royale de médecine de Belgique m'inscrivait en 1867 au nombre de ses membres correspondants.

L'Angleterre n'était pas moins bonne à mon égard :

(1) Sans compter les sociétés médicales mutuelles j'ai été ou suis encore à Paris membre de la Société médicale du Panthéon, de la Société de médecine pratique dont je suis devenu le président, de la Société médicale du premier arrondissement dont je suis devenu encore le Président, de la Société d'anthropologie, de la Société médicale des bureaux de Bienfance, de la Société d'hygiène, etc.

les hommes les plus éminents, Barnes, Simpson m'ont honoré de leur bienveillance. En 1866, on faisait à Londres une exposition obstétricale et après avoir demandé mes instruments, on m'a nommé membre de la Société obstétricale de Londres.

L'Italie m'a comblé de bienveillance et de titres. L'Académie de médecine de Turin, la Société physico-médico statistique de Milan, la Société médico-chirurgicale de Bologne m'ont nommé comme membre, et les professeurs les plus recommandables en obstétrique Giordano, Rizzoli, Balocchi, Corradi, Pantaleo et autres m'ont honoré de leur correspondance.

Si au lieu de parler des hommes éminents en obstétrique des principales nations de l'Europe et des corps savants de ces nations, je voulais passer en revue tous les ouvrages où mes idées ont été citées, reproduites, ou acceptées comme principes scientifiques, en particulier le palper et la version céphalique par manœuvres externes, j'aurais trop à écrire; c'est-à-dire qu'en dehors de l'École de Paris, l'accueil de mes idées a été de nature à satisfaire mes vœux. Voyons maintenant ce qu'a fait pour moi et pour mes idées l'Ecole officielle de Paris depuis 1855. Je suis encore ici obligé de comprendre le palper et la version céphalique dans l'ensemble de mes idées.

CE QUE L'ÉCOLE OBSTÉTRICALE OFFICIELLE DE PARIS A FAIT POUR MES IDÉES ET POUR MOI DEPUIS 1855.

L'École officielle de Paris a sous sa dépendance, pour ce qui concerne l'obstétrique, bien entendu :

La Faculté de médecine et conséquemment les cours théoriques et cliniques d'accouchements;

La Maternité où il y a aussi un enseignement obstétrical théorique et pratique ;

L'Académie de médecine, où il y a la section obstétricale ;

La Société de chirurgie où priment pour l'obstétrique les mêmes hommes que dans les trois établissements précédents. Voyons ce que j'ai été, ce qu'ont été mes idées

dans les quatre établissements, et ici nous devons examiner la partie ostensible comme la partie occulte.

De tant de lectures que j'ai faites aux corps savants officiels de Paris, je n'ai jamais pu obtenir un rapport. Cependant on en a fait un sans que je l'aie demandé à la Société de chirurgie, cette fois sur un de mes ouvrages (*Essai sur l'accouchement physiologique*) pour m'assommer si je puis parler ainsi ; car ce factum mérite plutôt le nom de libelle que celui de rapport et auquel j'ai répondu dans la *Gazette des hôpitaux* du 9 juillet 1857 (1).

(1) On fut heureux de trouver dans mon livre une erreur qui s'y était malheureusement glissée sur le nombre des côtes chez la femme et dès lors on n'y vit plus que cela. Le nombre des côtes n'est pas si absolu chez l'homme comme chez la femme pour qu'on ne trouve pas quelquefois une côte de plus ou une côte de moins et l'anomalie en plus est plus fréquente chez la femme que chez l'homme; mais c'est une anomalie et non la règle, ce que je n'avais pas eu le soin de spécifier.

J'avais cependant, outre mes examens de doctorat, où j'ai eu la note très bien, fait preuve à Montpellier de connaissances anatomiques, puisque dans le concours des élèves de l'Ecole pratique (en anatomie) j'avais obtenu le deuxième numéro sur 32 compétiteurs. Dans le concours de prosecteur-adjoint j'avais obtenu le deuxième sur 3; dans le concours de chef de clinique chirurgicale, j'avais obtenu le second sur six et dans le concours pour la place de chirurgien militaire requis je fus nommé le premier sur 75 concurrents. Ce fut même de me voir placé toujours le second quand il s'agissait de rester à Montpellier et le premier quand il s'agissait d'en sortir qui me fit quitter l'École sans pour cela suivre la carrière militaire. Je dus faire preuve de connaissances anatomiques pour être nommé à Nîmes chirurgien chef interne sur sept compétiteurs et comme I j'avais des cadavres à discrétion je ne cessai pas de travailler à l'anatomie. Dans mes dissections je fis même la découverte d'un muscle surnuméraire de la jambe, que je décrivis, et dont je trouvai l'analogue dans l'anatomie comparée (*a*), comme on peut le voir dans le *Journal de médecine pratique* de Montpellier (juillet 1845). Je voudrais bien que les accoucheurs de la faculté de Paris passés et présents

(*a*) Ce muscle surnuméraire m'a paru rappeler la portion jambière du plantaire grêle existant chez les quadrumanes et devenue inutile chez l'homme après sa station verticale, tandis que les usages de la main ont développé chez lui le muscle homologue dans l'avant-bras. C'est un caractère anatomique de plus pour rapprocher l'homme du singe.

Ce fut M. Laborie qui se rendit l'instrument de la commission obstétricale en écrivant le rapport. Mais avant de mourir, sans doute à titre de regret, Laborie, dans une lecture qu'il fit à l'Académie de médecine le 26 août 1862, déclara n'avoir trouvé que dans mes livres la notion du fait qu'il voulait faire connaître, c'était l'écartement des ischions au moment du passage de la tête fœtale à travers le détroit inférieur. Arrivons à l'École de médecine.

J'ai déjà dit que dès l'apparition de mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, M. Dubois qui était tous les matins à faire le diagnostic différentiel entre la fièvre de lait et ce qui n'était pas la fièvre de lait ne parla plus de cette fièvre; bien plus ce professeur ayant été occupé auprès de l'impératrice en 1856, pendant l'accouchement et les suites, il fut remplacé à la clinique par M. Depaul et ce dernier fit une clinique sur la non existence de la fièvre de lait.

Après la leçon je félicitai l'agrégé de partager mes idées tout en lui faisant observer que je n'avais pas entendu prononcer mon nom. C'est, dit M. Depaul, parce que ce sont là les idées de l'École.

Pour s'assurer si ce fait est vrai, on n'a qu'à examiner les thèses de l'École et les ouvrages classiques avant 1855; mais ce qu'il y eût de plus curieux, c'est que le bulletin de la santé de l'impératrice, portait ceci dans le *Moniteur*: *La fièvre de lait a été bénigne.* Nous verrons plus loin comment a tourné à la clinique la question de

pussent me montrer aussi leurs découvertes en anatomie, eux qui ont tant voulu rabacher une erreur de ma part.

Comme je le dis plaisamment en répondant au libelle en question la côte était celle d'Adam pour nous montrer la faiblesse de la nature humaine (errare humanum est) et si une erreur religieuse a pu me troubler un instant l'esprit, je prie le lecteur de croire que je me suis bien guéri depuis des erreurs religieuses.

Cette erreur du reste ne vaut pas celle d'un chirurgien distingué de Paris, qui, de notre temps même, faisait passer directement un haricot de l'estomac dans la vessie pour tomber sous son lithotriteur; ce qui ne l'a pas empêché de devenir membre de l'Académie de médecine, et surtout d'être utile à la science.

la fièvre de lait. C'est-à-dire que si quelques-unes de mes idées entraient à l'École, c'est sans mon nom qu'elles devaient s'y trouver. Quant aux cours théoriques de la Faculté professés par M. Pajot, il n'y a pas eu d'élève qui m'ait dit lui avoir jamais entendu prononcer mon nom.

Dans l'espérance d'apaiser cette hostilité avec le temps et le travail, je commençai par faire demander à M. Dubois la place de chef de clinique d'accouchements, promettant de lui être complétement soumis en tout et pour tout. La personne qui lui demandait cette faveur était alors un médecin très-haut placé et dont la demande devait être presque un ordre sous le régime autoritaire de l'empire.

M. Dubois, qui paraissait si conciliant, se refusa à accorder la chose demandée, et comme le médecin en question insistait, M. Dubois lui déclara avec humeur: *Si on m'impose M. Mattei comme chef de clinique, je ne fais plus mon service pendant les deux ans qu'il sera à l'hôpital.*

Ne pouvant pas entrer à l'École comme chef de clinique, j'essaie d'y entrer comme agrégé. En 1860, je me présente au concours, et on me laisse le second sur quatre candidats. C'était faire supposer qu'au concours suivant je serais le premier.

Après avoir préparé ce concours encore pendant trois ans, je me présente en 1863, et cette fois on m'élimine dès les premières épreuves; c'est-à-dire, que plus je travaillais et moins on me jugeait apte à l'agrégation. Je devais par conséquent renoncer à l'Ecole.

Ne pouvant pas me rendre compte de tant d'hostilité, je cherchai à m'enquérir des motifs qu'on invoquait contre moi, et le plus grave me dit-on était celui d'avoir une clinique d'accouchements à moi.

Comme cette clinique n'était ni une affaire de lucre ni une affaire de position, je fermai ma clinique en 1862 après y avoir fait une centaine d'accouchements sans perdre une seule femme ni un seul enfant, et espérant être plus heureux, je tournai mes yeux vers l'Académie de médecine.

Si je ne pouvais pas professer mes idées au nom de l'École, j'aurais pu là au moins les discuter face à face avec mes contradicteurs.

Des places vacantes s'étant présentées à l'académie en 1860, 1862, 1863 dans la section d'accouchements, je pose ma candidature, après avoir fait des lectures, après avoir présenté de nouveaux instruments, des ouvrages, après avoir fait les visites d'usage, et chaque fois la section d'accouchement refuse de me porter sur la liste de candidature.

Comme quelques membres, non accoucheurs, choqués de ce fait me portaient en dehors de la section obstétricale, les membres de cette section changèrent alors de système, et par la suite ils me portèrent sur la liste, mais en 1866, le troisième sur trois, en 1872, le cinquième sur cinq et en 1873, le quatrième sur quatre, c'est-à-dire qu'ils me portèrent toujours en dernière ligne.

On comprend l'effet de cette tactique ; si quelques membres de l'académie m'honoraient de leurs suffrages à chaque élection, la masse n'était pas pour moi. Dans les sections de spécialités le plus grand nombre s'en rapporte aux hommes de cette même spécialité. C'est-à-dire que je ne devais pas espérer d'entrer à l'Académie, pas plus que je n'étais entré à l'école.

Je vais commettre une indiscrétion, mais M. Stoltz comprendra la position où je suis, en publiant la lettre confidentielle qu'il m'écrivait relativement à ma candidature devant l'Académie de médecine de Paris. Voici quelques passages de cette lettre.

Strasbourg, le 4 avril 1872.

Monsieur Mattei,

J'ai lu avec la plus scrupuleuse attention l'exposé de vos titres antérieurs, et je puis dire que je n'en connais à aucun de vos concurrents de plus nombreux que les vôtres. Je n'ai pas besoin de vous dire que tout le monde ne sera pas de votre opinion, mais, comme vous le dites, chacun a ses convictions qu'il s'est faites

par l'observation et le raisonnement. Chacun juge les choses à son point de vue, et l'on ne peut guère espérer l'approbation de ses émules ou concurrents.

Le petit opuscule sur la faculté de Strasbourg (1) sous le point de vue obstétrical, a un mérite particulier pour nous. Etranger à notre pays, à nos mœurs, à nos travaux, vous avez néanmoins parfaitement saisi leur originalité et leur importance, et plus d'un a appris par votre notice ce qu'il ignorait sur son propre pays.........

STOLTZ.

M. Stoltz tout en me jugeant, jugeait aussi que je n'aurais jamais raison de mes adversaires. La presse médicale, qui conserve une certaine indépendance, a aussi protesté plus d'une fois (2) contre la manière injuste dont j'étais traité par l'Ecole et par l'Académie, mais rien n'y a fait ; les représentants de l'Ecole officielle n'ont pas chargé, *induratum est cor Pharaonis*. Aussi j'ai renoncé à faire d'autres tentatives ; bien plus, fatigué, dégoûté d'avoir dépensé pendant plus de vingt ans tant de forces et d'argent pour faire de la science sans être mieux récompensé par les représentants officiels de la science, j'ai dirigé ailleurs mes travaux.

Ce n'était pas une position scientifique et sociale que je demandais au monde obstétrical et officiel de Paris, ma clientèle était déjà, et est encore plus grande que mes forces ne peuvent la servir. Mon nom en France comme dans le reste du monde obstétrical était suffisamment connu, de sorte que j'ai arrêté mes collections et mes travaux obstétricaux pour m'occuper d'autre

(1) Lorsque je travaillais aux études historiques de l'obstétrique, et que l'Alsace nous fut ravie après la guerre de 1870, je crus faire un acte de devoir en rendant à la Faculté de médecine de Strasbourg le mérite qu'elle avait en obstétrique au moment où elle cessait d'être française pour devenir allemande. Ce fut l'objet d'une lecture à l'Académie faite par moi le 30 janvier 1872.

(2) V. *Union médicale*, dernier n° novembre 1860 : 27 novembre 1862 et 16 juillet 1863. — La *Tribune médicale*, 4 février 1862. — La *Gazette obstétricale*, 20 juillet 1863, et plusieurs autres.

chose, et si depuis j'ai fait quelque bien, j'ai eu au moins la satisfaction d'en recevoir des récompenses, ou tout au moins d'en recevoir de la gratitude, tandis que plus j'ai travaillé pour l'obstétrique, et plus j'ai été persécuté par l'École obstétricale officielle de Paris.

Si je me suis dévoué à servir le public de Paris comme accoucheur, ce public m'a fait une position parfaitement indépendante. Pendant le siége et la commune de Paris, j'ai laissé le léniceps pour reprendre le bistouri, j'ai dirigé trois ambulances, et la ville m'a donné une médaille. En 1875 on a fait une exposition internationale de géographie. J'ai exposé plus de trois mille pièces sur la géographie de la Corse, mon pays natal, et le jury étonné m'a accordé encore une médaille. Outre divers articles, et opuscules sur mon département, depuis bientôt trois ans, je publie *les Annales de la Corse* qui sont appelées à faire l'histoire complète du pays, et au moins j'espère en avoir de la gratitude. Du reste, c'est moi qui suis en devoir envers mon département, car il ne m'a pas seulement donné le jour, il m'a accordé des faveurs !

Mais revenons à notre sujet principal le palper abdominal et la version par manœuvres externes, puisque le traité de M. Pinard est venu nous y forcer. Nous le ferons en examinant ce que sont devenues mes idées à la Maternité de Paris; c'est-à-dire, que si jusqu'ici j'avais eu affaire aux hommes de ce que j'ai appelé la première et la deuxième génération, j'aurai désormais affaire aux hommes de la troisième.

CE QU'ONT ÉTÉ MES IDÉES A LA MATERNITÉ DE PARIS, ET COMMENT ELLES EN SONT SORTIES.

La Maternité de Paris destinée à former les sages-femmes est un établissement fermé au public.

Ce qu'on y fait au point de vue de la science et de l'art, ce ne sont que le médecin, le professeur, l'interne et la sage-femme en chef qui le savent, c'est ce qui en sort qui nous permet seulement de le juger.

A l'endroit de mes idées et surtout pour le palper et la version céphalique, la Maternité a offert deux phases. La première, lorsque Danyau y était chirurgien-professeur, et après une interruption est venue la seconde phase celle où M. Tarnier a occupé la même place qu'il occupe encore.

Lorsque Danyau était à la Maternité, l'interne M. Nivert lui servit d'organe dans sa thèse inaugurale (1) pour fouiller les vieux auteurs, et y pêcher quelques passages touchant la version céphalique. A la fin de son historique, M. Nivert qui ne cite pas mon nom, met ce passage qui donne une idée de toute la thèse au moins pour ce qui me regarde. « A ceux qui seront étonnés de ne point voir figurer dans cette énumération M. Mattei qui a écrit un gros volume sur l'accouchement physiologique, je répondrai qu'après une lecture attentive, je suis resté fidèle à mes vieux maîtres, à mes excellents classiques et que j'ai conservé mes vieilles croyances. »

Voilà les maîtres, voilà les élèves.

Je ne puis pas faire ici l'analyse de toute la thèse Nivert mais la conclusion est que si j'ai parlé de la version céphalique, c'est après beaucoup d'autres, et que je n'y ai rien ajouté, tout était vieux. Quant au palper M. Nivert ne s'y arrête qu'incidemment et encore sans me citer, c'était une chose vieille !

Cette thèse prouve cependant qu'à la Maternité, depuis mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, on a beaucoup palpé, et avec les règles que j'ai données, on s'est assez fortifié pour porter des diagnostics, pour faire des versions céphaliques, ce qu'on ne pouvait faire avant.

Chose curieuse, à force de répéter les manipulations, on a fini par reproduire tout ce que j'ai fait moi-même, et le lecteur est étonné de trouver à la fin de la thèse Nivert un chapitre V ayant pour titre : *Est-il facile de ramener la tête au détroit supérieur quand le siège se*

(1) *De la version céphalique par les manœuvres externes*, thèse in-4°. — Paris 1862.

présente : L'auteur commence la réponse en disant : « C'est une question à laquelle M. Mattei a donné de grands développements, et que nous ne pouvons pas trancher. » Après avoir cité les avis à peu près négatifs de Wigand et d'Hubert, M. Nivert continue : « Si nous osions faire appel à notre expérience personnelle nous dirions que la mutation d'une présentation du siége en une présentation (ici le mot manque sans doute par une erreur de typographie, mais il faut ajouter *de la tête*), n'est pas une chose très-difficile avant le travail et à terme, et que dans les deux seuls cas où nous l'avons tentée nous avons réussi. »

Ici M. Nivert rapporte les deux cas de véritable version céphalique comme il rapporte tous ceux qu'il a pu trouver chez les auteurs étrangers ou français de simples réductions céphaliques, et je dirai de manœuvres insignifiantes. Il ne reproduit pas, bien entendu, les observations que j'avais publiées dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique* et ailleurs ; tout ce qui venait de moi n'en valait pas la peine !! Voilà le premier échantillon de bonne foi à mon égard venant de la Maternité.

Danyau étant mort je ne sais pas ce qu'a été à mon égard son successeur, mais enfin une nouvelle phase devait commencer avec M. Tarnier, et ici encore nous ne pouvons pas savoir ce qui se fait, ce qui se dit à la Maternité ; c'est par le canal des internes que nous savons quelque chose. C'est par M. Chantrueil et par M. Pinard ; c'est-à-dire que nous arrivons à ce que j'ai appelé la troisième génération obstétricale, laquelle tranche à mon égard sur les deux autres.

Pour mieux comprendre la filiation, il faut savoir que l'école a à peu près adopté l'échelle suivante : l'internat de la Maternité c'est le 1er échelon, puis vient l'échelon de chef de clinique d'accouchement à l'École et puis l'échelon d'agrégé en attendant mieux ; de sorte que l'aspirant qui veut monter l'échelle est obligé d'avoir les yeux fixés sur les maîtres qui en gardent les hauteurs, et s'il veut gravir, il faut que quand ces maîtres

disent *Dominus vobiscum*, l'aspirant dise à chaque degré *et cum spiritu tuo.*

Si je n'étais pour rien entre les élèves et les maîtres, je ne me soucierais pas de leurs rapports, mais c'est parce que mon pauvre dos a été plus d'une fois le théâtre de ces scènes que je me suis vu forcé d'y faire attention.

M. Chantrueil qui sortait de la Maternité et qui comptait gravir l'échelle a été cependant avec moi assez communicatif, et je crois pouvoir dire qu'il n'a pas eu à se plaindre de moi. Dans maintes conversations il a tâché de calmer le ressentiment que les procédés de l'École avaient fait naître en moi. Aux séances de l'École pratique où nous nous sommes trouvés, nous avons discuté ensemble des questions obstétricales, et je sais qu'à une séance à laquelle je n'assistais pas, la question étant tombée sur mes idées, M. Chantrueil a pris ma défense ; il a dit carrément que la Faculté de médecine de Paris, que l'Académie de médecine avaient été injustes à mon égard. Je l'ai déjà remercié, je le remercie encore de ce mouvement de franchise et de bienveillance ; mais cependant voyez la différence entre les mots et les écrits !

Je ne sais pas si c'est par ordre ou par mouvement spontané, on fit à la clinique d'accouchement de la Faculté une enquête sur la soi-disant fièvre de lait que le professeur repoussait, depuis mes travaux, et M. Chantrueil fut chargé de ce travail.

Le résultat fut que la fièvre de lait n'existe pas. Je l'avais formellement déclaré depuis 1853, j'y étais revenu tout au long dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, et en 1870 j'avais même publié un mémoire détaillé dans lequel je faisais l'historique du sujet pour rechercher si quelqu'un n'avait pas entrevu avant moi la non-existence de la fièvre de lait (1). J'avais fait de

(1) Coup d'œil historique et critique sur l'apparition et la disparition au cadre nosologique de la soi-disant fièvre de lait, *Tribune médicale*, 1er mai 1870 et *Fragm. d'obstétrique*. — Paris, 1871.

ma propre main hommage de ce mémoire à M. Chantrueil avant ses recherches à la clinique.

M. Chantrueil publia (1) le mémoire qui résumait l'enquête, et il le fit précéder d'un historique. Quand on compare cet historique au mien on les dirait copiés l'un sur l'autre, mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que l'on n'y trouve pas mon nom cité, ni à propos de l'historique, ni à propos de la non-existence de la fièvre de lait.

Habitué aux procédés de l'École, je n'en fus pas surpris. Je me contentai de réclamer par lettre, et dans le numéro suivant des *Archives de tochologie*, M. Chantrueil publia une note rectificative de quelques lignes pour dire que j'étais au nombre de ceux qui avaient nié la fièvre de lait, mais il ne m'en attribua pas pour cela la priorité. Ainsi la fièvre de lait trônait à l'École de Paris depuis plus de deux siècles, je l'y ai trouvée encore largement installée en 1855, et quand je lui ai dit qu'elle était une fausseté elle a disparu.

L'École, au lieu de m'en remercier, a voulu s'attribuer le mérite de cette expulsion ; je puis donc dire comme Virgile :

> Ego febrem fugavi, tulit alter honorem.
>
> Sic vos non vobis nidificatis aves,
> Sic vos non vobis vellera fertis oves,
> Sic vos non vobis mellificatis apes,
> Sic vos non vobis fertis aratra boves.

Je ne gardai pas rancune pour ce fait à M. Chantrueil, mais si j'avais avalé la pilule j'étais loin de l'avoir digérée. L'amertune m'en revenait parfois à la bouche, et dans une occasion propice je lui en ai fait la remarque.

Cette occasion il y a à peine quelques mois qu'elle s'est présentée, et elle a eu trop d'importance pour que je ne

(1) Des phénomènes précurseurs et concomitants de la secrétion lactée, *Archives de Tochologie*, mars-mai 1874.

doive pas en faire le récit, le lecteur n'y perdra pas à l'apprendre.

C'était après le dernier banquet de l'École pratique où la gaîté gauloise aiguisée par un peu de champagne rendit M. Chantrueil encore plus expansif et plus généreux que jamais à mon égard. Si ce qu'il a dit s'était passé dans un tête à tête, je ne le publierais pas, crainte d'être indiscret, mais le tout s'est passé en présence de plusieurs confrères.

Le traité de M. Pinard qui venait précisément de paraître servit de prétexte à la conversation, et M. Chantreuil déclara que le palper, la version céphalique. sans en excepter la ceinture, on me les devait, et que c'était là une grande et belle œuvre, il déclara qu'un retour se faisait à mes idées, et j'en rougis encore de modestie, tant l'École m'avait si peu habitué aux compliments, M. Chantrueil déclara que j'étais un véritable maître !! etc.

Si cette circonstance était la seule où M. Chantrueil eût tenu ce langage sur le palper et la version céphalique, j'aurais pu l'attribuer un peu à l'effet du bon dîner, mais un confrère entr'autres, à la femme duquel M. Chantrueil a dû faire la version par manœuvres externes, m'a dit avoir appris de sa bouche que la sûreté du diagnostic par le palper, la version céphalique par manœuvres externes pendant la grossesse, étaient mon œuvre.

Quoique confus de tant de loyauté de la part de M. Chantrueil que je remerciai de mon mieux, je ne pus pas m'empêcher de lui rappeler qu'à propos de la fièvre de lait il n'avait pas été lui-même d'une justice irréprochable, que son historique ressemblait fort au mien, et qu'il n'avait cité mon nom qu'après ma réclamation comminatoire ; il répondit à cela : « C'est vrai, je vous avais oublié ; quant à l'historique tous les historiques se ressemblent. » Comme on voit, les élèves de l'École ne sont jamais pris au dépourvu. J'aurais eu mauvaise grâce d'insister, mais je lui fis comprendre que si au lieu de servir d'échelle j'avais été au haut de l'échelle

pour dire *Dominus vobiscum*, il ne m'aurait pas oublié.

En effet son mémoire sur la non-existence de la fièvre de lait devait concourir je crois pour les prix de l'académie, et puis la place de chef de clinique, et puis l'agrégation et puis le reste... de sorte que comprenant les procédés de l'École, je ne montrai pas de ressentiment à M. Chantrueil.

Celui-ci du reste devait terminer la conversation à la satisfaction des assistants et à la mienne ; non-seulement il rappela la séance de la Société de médecine pratique où il avait pris ma défense, il déclara qu'étant en train de faire avec M. Tarnier un traité d'obstétrique, on verrait comment on me rendra justice. Mais une chose sur laquelle insista M. Chantrueil à plusieurs reprises, ce fut de dire que si je pouvais raconter ce que j'avais fait il m'exhortait à ne pas récriminer.

J'ai appris depuis deux ans au moins qu'en effet MM. Chantrueil et Tarnier préparent un nouveau traité d'obstétrique et il faut espérer qu'il ne sera pas comme celui de M. Dubois dont la 1re livraison a paru en 1849. Désespérant sans doute de publier seul la seconde, ce professeur s'associa au bout de dix ans M. Pajot et à eux deux ils publièrent la seconde livraison en 1860. Voilà dix-neuf ans que nous attendons la troisième livraison et si M. Pajot ne se hâte pas, on risque de s'être mis à deux professeurs d'accouchements pour ne faire, en plus de quarante ans, qu'une espèce d'avortement. Le traité Tarnier-Chantrueil paraîtra bientôt et si je vis encore je pourrai peut-être en faire la paraphrase.

Quant à la recommandation de ne pas récriminer, qu'a voulu dire M. Chantrueil ? Est-ce de ne rien dire du passé ? Est-ce de ne pas en parler avec trop d'humeur ?

Je ne sais pas si la chose est vraie, mais on dit que les Dieux peuvent tout, excepté de faire qu'une chose n'ait pas eu lieu et M. Chantrueil est trop modeste pour demander plus que ne peuvent les Dieux, c'est-à-dire que le passé n'ait pas existé. Quant à parler de

ce passé, j'ai été trop témoin oculaire pour attendre qu'un autre en parle plus savamment que moi ; c'est de l'histoire, et M. Chantrueil est trop sensé pour demander à ce que l'histoire ne soit pas écrite.

Quant à mettre trop d'humeur dans les récits, j'ai tâché de suivre son conseil et pour un Méridional, pour un Corse, je crois n'avoir mis ni trop de vivacité, ni trop d'aigreur dans mon historique. Je tâche même de prendre mon mal assez gaiement en attendant l'avenir qu'on me promet meilleur. Pour le moment, j'écris le gros de l'histoire de l'École à mon égard ; quand j'écrirai les détails, j'espère égayer plus d'une fois mes chers lecteurs par les épisodes.

J'en demande pardon à ceux qui me lisent en ce moment, mais je vois que j'ai besoin de revenir à mon sujet, le palper abdominal et la version céphalique par manœuvres externes et ne voulant pas abuser de leur patience, je promets désormais de ne plus quitter ce sujet jusqu'à la fin de cet historique.

Quoique M. Chantrueil n'ait pas encore écrit sur le palper abdominal et la version céphalique, on voit par ce qui précède qu'il est déjà fort sur la matière et c'est évidemment à la Maternité qu'il s'est fortifié, c'est-à-dire que depuis mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, tacitement ou non, on s'est constamment appliqué à ces exercices, à la Maternité. M. Pinard va couronner l'œuvre. Mais que faisait l'école pendant ces vingt ans, que faisait-on autour d'elle ? Nous allons nous le demander avant d'arriver à M. Pinard.

Les élèves, surtout après la fermeture de mes cours théoriques et cliniques, ont bien par-ci par-là jeté les yeux sur le palper et la version cephalique, mais rarement et sans y insister. Je trouve à peine une thèse de M. Ducellier (1) où je suis cité à propos de l'historique, mais l'auteur n'approfondit le sujet ni pour le palper, ni même pour la version céphalique. Une thèse soutenue

(1) Ducellier (C. M.) — *De la version du fœtus par manœuvres externes*, in-4°. — Paris, 1858.

à Montpellier par M. Fort (1) est un peu plus complète pour l'historique, sans aller plus loin sur la version céphalique ; l'auteur du reste étudie surtout la version pelvienne. Enfin vint en 1862, à la Maternité de Paris, la thèse Nivert que nous connaissons et si mon nom dans cette thèse était caché le plus possible, mes idées au moins y étaient largement mises à profit.

Les années se sont écoulées depuis sans que le palper et la version céphalique aient reçu de larges applications à l'École. Après P. Dubois, c'est M. Depaul qui a succédé à la clinique, et le dernier, pas plus que le premier, n'a porté son attention sur le palper pas plus que sur la version céphalique, privant ainsi les élèves de connaissances qui sont d'un secours puissant en obstétrique.

Chose triste à dire, un journaliste, Joulin, qui avait fini par être agrégé à l'Ecole et qui avait sans doute des raisons pour cela, prit à parti M. Depaul et le poussa tellement à parler ou plutôt à écrire que le professeur a dû publier en 1872-1876 des leçons de clinique. Dans cette clinique M. Depaul a réédité ce qu'il avait écrit déjà sur l'auscultation obstétricale et ne pouvant pas éviter les autres moyens de diagnostic, le palper s'y est trouvé mêlé.

Chose triste à dire encore, ce Professeur a préféré être incomplet plutôt que de prononcer mon nom, plutôt que de répéter les règles scientifiques que j'ai données au palper et à la version céphalique. Personne plus que lui n'aura jamais observé le serment du silence sur moi et sur mes idées ; et encore s'il n'avait fait que se taire dans les leçons publiques et dans les écrits ! Tandis que si l'on avait pu sténographier ce qu'il a dit de moi dans les conciliabules, dans les comités secrets, on trouverait les raisons de bien des points restés obscurs dans mon historique. Le croira-t-on ? pendant que partout je sentais sa main d'acier, et que pour ôter

(1) Fort (J. F.) — *Quelques indications de la version pelvienne*, thèse in-4°. — Montpellier, 1860.

tout prétexte je lui faisais une visite officielle académique, M. Depaul se posait comme impartial à mon égard. Si cet habile n'est pas un élève des Jésuites, il est difficile de le mieux paraître.

Lorsqu'en 1855 je faisais publiquement, avec autant d'expansion que je pouvais, mes démonstrations de palper et de version céphalique à la clinique de la Faculté, je me rappelle qu'un jour j'avais opéré à la dérobée de M. Dubois une version céphalique que je montrai à M. Depaul. Celui-ci ne voulait pas convenir que la tête du fœtus fût mise là où étaient les pieds : il me fallut l'y forcer en portant ses doigts avec les miens sur la tête fœtale. Un autre jour nous étions tous les deux dans une embrasure de croisée et il me demanda si je voulais rester à Paris ou retourner en Corse ; et ne comprenant pas la portée d'une pareille indiscrétion, dans ma naïveté de provincial, je dis que je n'en savais rien. M. Depaul m'a démontré par la suite ce que son parler voulait dire !!!

Plus de vingt années s'étant passées et le palper, ainsi que la version céphalique, ayant été délaissés à l'école, des générations d'élèves, de jeunes confrères se sont succédées sans que ces puissants moyens obstétricaux se soient développés. Lorsqu'en ville je porte en quelques secondes mon diagnostic sur une femme enceinte, j'ai l'air d'un revenant auprès de certains confrères qui m'appellent en consultation, ils ne croient presque pas à la sûreté de ce que je fais. Il se publie en ce moment à Paris deux grands dictionnaires de médecine, et l'un d'eux a déjà dépassé la lettre P sans qu'on y ait consacré un article au *Palper*. Nous verrons comment on y traitera l'article *Version*, mais puisque ce sont les professeurs et les agrégés qui y écrivent, on ne sait pas ce qui peut arriver.

Voilà où en étaient les choses lorsqu'a paru il y a quelques mois le traité de M. Pinard, et on comprendra maintenant qu'il ait pour quelques jeunes initiés, produit l'effet d'une nouveauté.

C'est-à-dire que si à la clinique de la Faculté, si dans

les cours théoriques de l'Ecole le palper abdominal et la version céphalique étaient délaissés, il n'en était pas de même à la Maternité et M. Pinard y ayant été interne, s'y étant ferré, a reconnu là un moyen de se faire valoir dans le monde obstétrical ; il a en quelque sorte rompu la glace. On ne pouvait le faire sans me citer, il est vrai, et il a préféré me citer plutôt que de garder un silence scandaleux ; mais il s'en est attribué le plus de mérite qu'il a pu, comme nous allons le voir. L'École elle-même, cette fois, ou du moins M. Pajot, s'est joint à l'agrégé pour proclamer solennellement le palper, la version céphalique comme des choses vieilles, délaissées sinon inutiles, tandis qu'elles deviennent désormais merveilleuses en sortant rajeunies des mains de l'Ecole !

Nous allons discuter ce qui revient à M. Pinard, mais d'ors et déjà nous pouvons affirmer que la Maternité a rendu service en conservant l'exercice du palper et de la version céphalique, et M. Pinard a rendu service en les transportant à l'Ecole où elles étaient délaissées. Enfin moi personnellement je rends grâce à M. Pinard d'avoir suivi les traces de M. Chantrueil en me rendant quelque justice ; ils forment à eux deux, comme je l'ai dit en commençant la 3e génération bien meilleure que *les deux autres*.

Lorsque M. Pinard a publié son traité et qu'il m'en a adressé un exemplaire, je lui ai écrit la lettre suivante :

Monsieur et honoré Confrère,

Si je ne vous ai pas accusé plus tôt réception de votre *Traité sur le palper abdominal*, c'est parce que j'ai voulu tout d'abord le lire et le méditer un peu.

Par les extraits de mon *Essai sur l'accouchement physiologique* que vous rapportez et par les paroles bienveillantes dont vous accompagnez quelquefois ces passages, je reconnais que vous m'avez rendu plus que ne m'avaient accordé, depuis 1855, ceux qui ont parlé au nom de l'École. Je vous en remercie. Je crois cependant avoir des droits à un peu plus que cela en dehors même de ce que vous appelez mes exagérations.

Les abominables procédés que l'École de Paris a employés à

mon égard m'avaient plutôt dégoûté qu'encouragé à faire de nouvelles publications obstétricales. Je vois cependant qu'il faut m'y remettre, quoique les occupations de la clientèle et autres travaux commencés ne me laissent pas beaucoup de temps disponible. Ne soyez donc pas impatient ; mais vous pouvez être certain que je m'occuperai désormais de remettre tels que je les comprends le palper abdominal ainsi que la version céphalique par manœuvres externes. C'est dire que je vous rendrai en échange ma nouvelle production le plus tôt qu'il me sera possible de le faire.

Veuillez agréer, en attendant, mes salutations confraternelles,

A. MATTEI, Dr M. P.

M. PINARD A-T-IL AJOUTÉ OU RETRANCHÉ QUELQUE CHOSE D'IMPORTANT A CE QUE J'AI DIT SUR LE PALPER ABDOMINAL ET LA VERSION CÉPHALIQUE PAR MANŒUVRES EXTERNES?

Le lecteur ne s'attend pas à ce que je fasse ici une analyse détaillée du traité de M. Pinard. Je vais m'arrêter aux points principaux seulement, pour ce qu'ils peuvent avoir de plus ou de moins important par rapport à ce que j'en ai dit moi-même. Commençons par la préface que M. le professeur Pajot a faite à ce livre.

Après quelques considérations générales sur les divers phénomènes *Physico-chymimiques considérés à tort jusqu'ici comme des manifestations vitales*, le professeur convient qu'on a approfondi les phénomènes mécaniques de l'accouchement, mais que la chose est insuffisante; il fallait chercher *si ces mouvements, ces attitudes, ces rapports dans leur normalité et même dans leurs exceptions, n'étaient pas régis par certaines causes physiques, et soumis à quelque loi mécanique*, et il a trouvé tout ceci dans la *loi d'accommodation* — accommodement eût été plus français mais pas si neuf, — loi dont *la jeune génération obstétricale*, dit-il, *paraît avoir reconnu la justesse du principe, et l'auteur de ce livre* (M. Pinard) *peut revendiquer à bon droit toute une série d'applications heureuses et nouvelles dont cette loi est devenue pour ainsi dire l'occasion.*

Ainsi, d'après M. Pajot, M. Pinard n'a pas appris le palper et la version céphalique dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, il ne les a pas appris à la Maternité ; tout ce qu'il a fait d'heureux et *de nouveau* est la conséquence de *la loi d'accommodation* enseignée au cours théorique d'accouchement de l'école et que M. Pajot a décrite dans un dictionnaire ; nous allons voir dans un instant ce que c'est que cette loi.

M. Pajot poursuit en disant que le lecteur trouvera dans la première partie du traité Pinard *exposant le palper obstétrical, des notions beaucoup plus précises que toutes celles publiées jusqu'ici*. Dans la seconde partie, *l'accommodation naturelle réalisée à la fin de la grossesse par la présentation du sommet*, est *incontestablement désirable au point de vue de la terminaison* favorable *du travail*.

Mieux tard que jamais, mais il était temps de déclarer que l'on ne devait pas considérer comme naturelles les présentations de la face, du siége et des pieds, chose que l'École a faite depuis plus d'un siècle et que je combats depuis 24 ans.

La conclusion est que quand l'accommodation naturelle n'a pas lieu, on fait désormais, dit M. Pajot, *l'accommodation artificielle*, lisez la réduction et la version céphaliques, mais ces mots sont vieux, et M. Pajot continue en disant: *Sans doute la version par manœuvres externes visait à ce but et plus d'un accoucheur, comme celui qui écrit ces lignes l'avait tentée et réussie dans des conditions favorables à son succès, mais ramené au détroit, le sommet reprenait bientôt sa situation première.*

C'est-à-dire que M. Pajot a essayé de faire quelques réductions céphaliques et malgré le choix des *conditions favorables* il n'a pas réussi. La véritable version céphalique qui met la tête là où étaient le siége ou les pieds peut être suivie de récidive, mais rarement. Elle se maintient presque toujours quand elle est réellement faite.

M. Pajot continue en disant: *la combinaison des moyens exposés dans ce traité* (Pinard) *constitue une*

méthode à la fois plus ingénieuse et aussi plus rationnelle.

En voilà assez avec M. Pajot, mais le lecteur ne sera plus étonné après cette préface que M. Pinard ait cru avoir fait des choses *heureuses, nouvelles, ingénieuses, plus rationnelles*, etc., que tout ce qui avait été fait !!

La conclusion qu'on doit tirer de cette préface est que M. Pinard, professeur agrégé de l'École obstétricale de Paris vient de publier un traité extraordinaire et ce qu'il a dit de nouveau dans ce traité, M. Pinard le doit à la *loi d'accommodation* de M. Pajot, professeur du cours théorique de cette école !!! Arrivons maintenant à l'ouvrage même de M. Pinard qui porte, lui aussi, un avant-propos.

Il est évident que, manuscrit ou imprimé, le traité a été soumis à M. Pajot pour qu'il fît la préface ; je ne sais pas s'il en a été de même de l'avant-propos, mais le fait est que si l'auteur s'est senti porté bien haut par M. Pajot, il a eu le bon esprit de ne pas continuer le langage ampoulé de ce dernier.

M. Pinard commence par déclarer qu'ayant été nommé interne de la Maternité dès 1873, *M. Tarnier, chirurgien en chef, après avoir indiqué quels avantages on pouvait retirer en obstétrique du palper abdominal l'engagea vivement à étudier à fond ce procédé d'exploration, beaucoup trop peu connu encore d'après M. Tarnier, et surtout beaucoup trop peu employé.*

J'avais bien raison de dire qu'à la Maternité on appréciait les services de ce moyen d'exploration, mais cependant les lecteurs de ce qu'a publié M. Tarnier depuis mon *Essai sur l'accouchement physiologique* ne doivent pas s'être aperçus qu'il en ait parlé beaucoup et surtout qu'il m'en ait attribué quelque mérite. A peine s'est-il contenté de répéter ce qu'en avait dit Cazeaux en rééditant le livre de ce dernier.

Voyez cependant la différence qu'on fait à l'École entre les mots et les écrits : nous en avons déjà eu quelques échantillons. A l'occasion d'une visite académique que j'ai

dû faire à M. Tarnier, il m'a dit de vive voix : *Nous vous devons le palper*. Mais *verba volant*, surtout dans un tête-à-tête *et scripta manent*, car on *peut* les montrer longtemps encore après. Peut-être l'avenir va réparer le passé, et puisque un traité d'obstétrique nouveau va sortir de sa main, nous verrons comment il me traitera. Je dois convenir, en attendant, que M. Tarnier est, à mon égard, le moins mauvais des accoucheurs de ce que j'ai appelé la deuxième génération.

Continuons à suivre l'avant-propos de M. Pinard. Celui-ci dit : *Certes le palper abdominal est connu des accoucheurs. Cependant malgré les indications vagues, il est vrai, qu'on rencontre dans les auteurs anciens, malgré les préceptes beaucoup plus précis déjà donnés par les auteurs modernes et en particulier par Wigand ; malgré les détails dans lesquels sont entrés Mattei, Tarnier, Belin,* etc., *il n'en est pas moins vrai que, jusqu'à présent, ce mode d'exploration est peu enseigné par les maîtres, peu connu des élèves, et que les praticiens sont loin de lui demander les importants services qu'il peut leur rendre.*

Comme on voit, ici je commence à entrer en ligne, je suis même en tête pour les détails. Le restant du traité contient plusieurs passages de mon *Essai sur l'accouchement physiologique* justifiant jusqu'à un certain point ce que j'ai fait relativement au palper ; nous allons voir si je n'ai pas droit à plus que ne m'accorde l'auteur, et nous allons examiner ce qu'il a fait lui-même pour ce puissant moyen de diagnostic. Mais à qui la faute, si ce n'est à l'école, si le palper n'y est pas enseigné depuis 24 ans?

M. Pinard termine son avant-propos en disant que *pour pratiquer le palper avec fruit, il est absolument indispensable de savoir par avance quelles sont les principales attitudes du fœtus..... en un mot l'accommodation du fœtus pendant la vie intra-uterine..... idées professées depuis longtemps dans les cours à la Faculté par le professeur Pajot. Cet illustre maître a surtout étudié l'accommodation pendant le travail* tandis que

M. Pinard déclare l'avoir *étudié spécialement pendant la grossesse.*

Après l'échange du séné et de la rhubarbe, on voit déjà M. Pajot et M. Pinard qui semblent se disputer la *oi de l'accommodation*, voyons ce que c'est que cette loi.

M. Pinard y consacre la première partie de son traité, mais le titre éclaire immédiatement le lecteur. *L'accommodation du fœtus pendant la grossesse ou les diverses présentations*, comme si l'étude des causes des présentations était neuve !

Sans doute la Faculté n'avait pas été heureuse dans ses recherches. Baudelocque faisait jouer le principal rôle au poids de la tête. M. Dubois s'était arrêté à l'instinct du fœtus et M. Pajot fait fi de ces explications. Mais mon *Essai sur l'accouchement physiologique* contient une étude détaillée des causes des diverses attitudes fœtales pendant la grossesse et pendant l'accouchement, étude que j'espère compléter un jour, mais qui était déjà allée loin dans ce traité, bien plus loin que tout ce qu'on avait publié ; en voici le résumé :

La deuxième partie de mon livre est entièrement consacrée à l'étude *des conditions* (nécessaires à l'accouchement physiologique) *qui précèdent et accompagnent la grossesse*, et remontant aussi haut que la chose était nécessaire j'étudie *les conditions antérieures à la grossesse*, l'influence qu'exercent *l'hygiène et l'éducation de la femme*, j'insiste sur les *conditions locales antérieures à la grossesse*, *le développement du bassin*, pour expliquer les formes physiologiques et pathologiques de cette enceinte osseuse. J'étudie *la cavité abdominale* dans ses éléments et dans ses formes, le contenant et le contenu.

Dans la deuxième section de cette seconde partie, j'étudie *les conditions de la grossesse au point de vue de l'accouchement physiologique*, le développement de l'utérus considéré dans sa texture, dans ses formes, comparativement aux modifications qu'il apporte dans la cavité abdominale, et aux modifications que les parois

et les organes de cette cavité impriment à l'utérus lui-même. Voilà pour le contenant.

Arrivant au contenu, j'étudie *le rôle que joue le fœtus pendant la grossesse, son développement, ses formes.* J'étudie le fœtus considéré en lui-même puis considéré par rapport à la cavité utéro-abdominale. Arrivant aux *présentations du fœtus*, je les étudie selon les opinions admises par les auteurs et trouvant très-souvent ces présentations en défaut, je modifie complétement mes idées sur ce point comme sur d'autres.

J'étudie en détail la présentation du sommet pour en expliquer à la fois le mécanisme et la fréquence, le palper d'une part et les études anatomo-physiologiques de l'autre me forcent, non-seulement à repousser pendant la grossesse la présentation de la face, mais les présentations franches du tronc. Les vraies présentations de la grossesse sont celles du sommet et du siége parce que les plus grandes dimensions fœtales sont dirigées suivant les plus grandes dimensions utérines; seulement j'en ai admis de directes et d'indirectes, suivant que l'extrémité fœtale correspond au centre du détroit ou sur ses bords. Cette étude ne m'a pas seulement expliqué la transformation des présentations indirectes du sommet en celle de la face ou de l'épaule, celle du siège en celle des pieds au moment du travail, elle m'a conduit à l'explication de toutes les positions de chaque présentation pendant la grossesse et au début du travail. Un tableau placé à la page 117 de mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, résume ces idées, et si vingt-quatre ans d'études postérieures m'ont mis à même de retoucher quelques détails, l'ensemble est encore vrai pour moi.

Ainsi l'étude des forces actives et passives qui déterminent le fœtus à *s'accommoder* dans l'utérus pendant la grossesse, en d'autres termes les causes des présentations et des positions pendant la grossesse comme au début du travail, se trouvent développées dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique* comme elles ne l'avaient jamais été. Que M. Pajot garde son

mot *accommodation* s'il veut; pour tous ceux qui seront sincères et justes, c'est à moi que, depuis 24 ans, revient *la chose*. J'espère écrire sur le même sujet plus en détail ailleurs; mais que M. Pajot, en attendant, ne se moque pas tant de l'instinct du fœtus dans le sein maternel. J'espère lui prouver un jour que ce petit être est plus actif qu'on ne le croit. Arrivons à l'accommodation de M. Pinard.

Je commence par déclarer que dans toute cette première partie du traité de M. Pinard, mon nom n'est pas cité. L'auteur cite souvent des auteurs français ou étrangers qui ont touché à quelques points anatomiques ou pathologiques du sujet, et l'on dirait qu'il n'a pas lu mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, ou bien qu'il ne l'a pas compris, à moins qu'il ne l'ait oublié. Car les agrégés de l'École, comme nous l'avons vu, ne sont pas affranchis de ces misères humaines. Mais arrêtons-nous aux causes des présentations qu'il a invoquées: 1° L'attitude propre du fœtus dans la cavité utérine; 2° les rapports du fœtus avec la cavité utérine; 3° les rapports de l'utérus gravide avec la cavité abdominale et la cavité pelvienne; 4° l'accommodation de la tête dans l'excavation pendant la grossesse.

En parlant des attitudes fœtales, M. Pinard en est encore à considérer le fœtus comme ramassé, formant un ovoïde qui a à terme 28 à 32 centimètres dans son grand diamètre. Eh bien, c'est là une erreur grave; le fœtus décrit un arc qui est les trois-quarts d'un ovoïde, arc qui se déploie plus ou moins dans le redressement momentané du tronc et l'allongement des jambes, et le vide existant entre les genoux et la tête joue, dans les attitudes fœtales, un rôle dont M. Pinard ne s'est même pas douté.

C'est aux pressions environnantes que M. Pinard attribue de préférence la forme accroupie que garde le fœtus, oubliant que la capacité utérine, les eaux amniotiques, rendent l'espace plus grand que la place occupée par le fœtus. Si le fœtus se tient volontiers accroupi, c'est que cette position est la demi-flexion du cou, du

tronc et des membres, la position que, pendant la vie extra-utérine encore, on prend de préférence quand on est au repos, au lit, assis, quand on a froid, quand on est malade, quand on est vieux. Le fœtus est si peu forcé de garder l'attitude accroupie, qu'il étend ses jambes souvent jusqu'à les redresser, et si gêne il y a, elle ne se manifeste qu'aux derniers temps de la grossesse.

A propos des *rapports du fœtus avec la cavité utérine*, M. Pinard parle de la culbute, de la théorie de la pesanteur de la tête et de l'instinct pour expliquer la fréquence relative des diverses présentations ; il termine par des statistiques qui constatent des faits sans les expliquer. M. Pinard n'invoque que des pressions et des contractions vagues, qui ne disent pas pourquoi ont lieu les présentations et les positions de chaque présentation, soit d'une manière absolue, soit d'une manière relative. Je ne puis pas développer ici les explications dont j'ai donné les notions dans mon *Essai sur l'acchouchement physiologique* et que j'ai complétées pendant ces vingt-quatre ans d'observations ; mais je suis arrivé à trouver les bases servant de lois aux diverses présentations et aux diverses positions soit à l'état physiologique soit à l'état pathologique.

A propos des *rapports* de *l'utérus avec la cavité abdominale et la cavité pelvienne*, M. Pinard passe en revue les modifications physiologiques signalées par divers auteurs, portant principalement sur le segment inférieur de l'utérus ; il parle des anomalies de forme de l'utérus auxquelles d'autres ont attribué les présentations vicieuses. Il aurait pu trouver des arguments plus sérieux dans les vices de conformation du bassin et dans les antéversions exagérées de la matrice aux derniers mois de la grossesse ; mais une modification de forme de l'utérus qui joue un rôle considérable dans les cas les plus physiologiques, modification dont il ne fait aucune mention, est celle qu'imprime à cet organe la saillie de la colonne vertébrale et le promontoire. Cette saillie, en déprimant fortement la paroi postérieure de l'utérus, donne à cet organe une forme qui joue un grand rôle

dans les présentations et les positions du fœtus. Ces notions, dont les germes sont encore dans mon *Essai sur l'acchouchement physiologique*, et en d'autres de mes écrits, se sont développées dans mon esprit par de nombreuses observations.

Enfin M. Pinard étudie *l'accommodation de la tête dans l'excavation pendant la grossesse*, et ce titre seul est une erreur grave comme nous allons le voir dans un instant. Les statistiques qu'il cite sur la fréquence relative des positions occipito-antérieures ou autres signalent un fait sans l'expliquer, tandis que ces faits sont explicables comme je l'ai fait entrevoir déjà et que je me propose de le développer plus tard.

Ainsi le détroit supérieur comme l'excavation pelvienne ont la moitié droite plus libre que la moitié gauche où le rectum en occupe une partie. Si la partie la plus volumineuse de la tête fœtale ou l'occiput devait par accommodation se trouver de préférence du côté le plus spacieux, les positions occipito-iliaques droites postérieures devraient être plus fréquentes que les occipito-iliaques gauches antérieures, ce qui n'est pas ainsi ; c'est la disposition du tronc qui dirige la tête et non l'accommodation de la tête qui dirige le reste du corps.

M. Pinard finit cette partie de son travail par l'étude des causes de chaque présentation en particulier, et mon nom commence à paraître à propos des présentations de la face que je nie avec d'autres pendant la grossesse.

M. Pinard après avoir repoussé comme causes de la présentation du sommet la pesanteur de la tête, la circulation fœtale et la volonté instinctive, ne reconnaît que les causes suivantes :

« *Causes passives* : La forme de l'utérus et du fœtus ; les surfaces glissantes (amniotique et fœtale) ; la présence du liquide amniotique ; le parallélisme entre le développement du fœtus et celui de l'utérus ; la conformation de l'excavation pelvienne. » M. Pinard veut dire sans doute ici le détroit supérieur du petit bassin.

« *Causes actives* : Mouvements actifs du fœtus ; tonicité et contraction du muscle utérin pendant la grossesse ;

tonicité et contraction des muscles de la paroi abdominale. »

M. Pinard oublie une foule d'autres causes, mais en admettant les siennes seules, il n'explique pas comment elles agissent. Ces causes sont tout aussi applicables à la présentation du sommet qu'à celle de l'extrémité pelvienne, et même à toutes les autres. Il est inutile de suivre M. Pinard dans les causes qu'il donne des autres présentations, elles sont encore plus incomplètes, et les statistiques qu'il fait suivre constatent un fait sans l'expliquer autrement que par un mot l'*accommodation*; c'est-à-dire que la grande loi de M. Pajot et de M. Pinard n'est pas l'explication des causes des attitudes fœtales pendant la grossesse, pas plus que pendant l'accouchement, elle indique un résultat à peu près comme quand Molière faisait dire à celui qu'on interrogeait pour savoir pourquoi l'opium fait dormir, et qu'il répondit, *c'est parce qu'il a une vertu dormitive.* Une simple réflexion est à faire ici, mais elle est d'une haute portée. Si l'on n'approfondit pas l'étude des diverses causes des présentations, comment peut-on se rendre un compte exact des bonnes, et surtout comment peut-on prévenir ou combattre heureusement les mauvaises ?

Nous voici à la deuxième partie du traité de M. Pinard, où il est question *du palper abdominal au point de vue obstétrical.* Nous sommes, cette fois, en plein sujet.

L'auteur, naturellement, débute par l'historique, mais un historique restreint ; ce n'est pas l'idée qui a présidé au palper et qui l'a fait développer, ce n'est pas l'idée qui conduit M. Pinard ; non, c'est l'acte matériel qui le guide, et il confond l'historique du palper avec celui de la version par manœuvres externes. Il commence par Mercurius Scipio, tandis que nous avons vu comment l'idée de la version céphalique s'est développée dans les âges historiques ; et si on devait s'arrêter au fait matériel, les Arabes, A. Paré, conseillaient d'appuyer assez fortement la main sur le ventre pendant le travail. L'historique de M. Pinard continue en citant Dionis,

Roederer, Smallie, Baudelocque, comme ayant senti le fœtus à travers les parois abdominales, et avoir ainsi diagnostiqué la grossesse; mais comme nous l'avons dit, la mère Eve, les bonnes femmes de la campagne, en ont fait autant pour sentir les mouvements fœtaux ; le fermier s'assure si les femelles des animaux domestiques sont pleines en appliquant la main sur le ventre. Ce n'est pas là le palper passé parmi les moyens scientifiques de diagnostic.

M. Pinard arrive à Wigand : c'est autre chose, quoique ce médecin de Hambourg attendît pour conseiller la palpation et la version par manœuvres externes que le travail fût commencé, c'est-à-dire le moment le plus défavorable ; aussi, tout en prescrivant la palpation, il en signalait les difficultés, et c'est en introduisant la main entière dans le vagin, qu'il s'assurait de la présentation fœtale. Voilà la pierre angulaire de l'historique de M. Pinard comme de tous ceux qui ont prétendu me contester le palper : nous savons ce qu'elle vaut.

Je ne suivrai pas l'auteur dans les quelques extraits qu'il tire de Joerg, de Schmitt, de Hohl, de Velpeau, de Devilliers et Chailly, de Hubert, et où, isolément, presque accidentellement, on a constaté par le palper des parties fœtales, on a pu sentir la tête sur tel point, les pieds au point opposé ; mais il s'agit de cas rares, souvent exceptionnellement favorables par la maigreur ou l'amincissement des parois utéro-abdominales, et presque toujours pendant le travail, c'est-à-dire lorsque le toucher vaginal et même l'auscultation ne disaient pas tout le nécessaire ; voilà ce qu'a oublié de faire remarquer M. Pinard. Et puis, quand même on aurait reconnu au palper une grande valeur, comment se fait-il que ce moyen de diagnostic si puissant était si maigrement représenté dans les livres classiques? A peine s'il en est fait mention sous le nom de toucher externe ou autre semblable ; c'est-à-dire que le diamant existait, on l'avait rencontré sur son passage, mais on l'avait pris pour un morceau de cristal de roche et on ne s'y était pas arrêté. C'est quand j'ai recherché, quand j'ai rencontré, quand j'ai poli, monté ce

diamant, et quand je l'ai fait briller aux yeux éblouis du corps médical, qu'on a dit : mais ce diamant n'est pas à vous, on l'avait vu avant vous !! C'est ce qu'a voulu dire la Maternité de Paris au temps de Danyau et même plusieurs années après. Quant à l'École, pour ne pas reconnaître le diamant, elle a fermé les yeux, elle a préféré passer pour aveugle pendant 24 ans, privant plusieurs générations d'élèves de ce diamant, qui leur aurait servi à trancher bien des difficultés dans la pratique.

M. Pinard lui-même, s'il ne dit pas les choses aussi franchement, les fait sous-entendre. Tout en étant, à mon égard, plus juste que ses prédécesseurs, voici comment il me fait entrer en scène.

« En 1855, M. Mattei, dans son *Essai sur l'accouchement physiologique* consacre un chapitre tout entier, chapitre le plus important et le plus original de l'ouvrage, au palper abdominal. Faisant abstraction de tout ce qui est contenu dans ce livre en dehors du sujet qui m'occupe, je reconnais que personne, avant cet auteur, n'avait décrit ce mode d'investigation avec autant de détails », et, continuant, M. Pinard cite des extraits assez longs de mon *Essai sur l'accouchement physiologique.*

Chose curieuse, je ne sais pas si c'est oubli ou si c'est fait avec intention, mais M. Pinard ne cite pas les passages les plus importants de mon livre concernant l'éducation que l'homme de l'art peut faire pour se fortifier au palper, et qui plus est, il ne donne pas lui-même ces procédés, comme nous le verrons en parlant de ce qu'il a donné de moins que moi dans son traité au lieu d'avoir donné plus ; terminons, en attendant, l'historique.

Il cite les médecins anglais, il cite les auteurs allemands, les auteurs français, etc., lesquels, en me citant, en m'empruntant plus ou moins, n'ont pas discontinué de s'intéresser au palper depuis 1855. Ont-ils ajouté quelque chose à ce que j'ai dit dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique* ? Le lecteur va le voir dans l'article de M. Pinard, *Revue critique de l'histori-*

que du palper. Après s'être répété ici dans une récapitulation, il semble avoir du regret de m'avoir accordé quelque chose, et il le rétracte en quelque sorte dans le passage suivant : « A Paris, MM. Guyon et Tarnier, dès 1862, laissant de côté les exagérations de M. Mattei et pénétrés de l'importance de ce mode d'exploration, le mirent en usage dans leurs services et l'enseignèrent à leurs élèves. » Voilà comment M. Pinard finit par me rendre justice, et comment il me met fort en arrière de ce qui va renaître avec ses propres recherches dont le traité qu'il vient de publier est le fruit.

Avant d'aller plus loin, il faut vider ici la question de ce que M. Pinard appelle *mes exagérations* indiquées à la p. 103 de son traité, dans une note, pour avoir la gloire d'avoir redressé mes torts, car, comme nous le verrons, c'est tout ce qu'il croit avoir fait de plus que moi. Voici cette note :

« Ainsi, M. Mattei prétend que pendant la grossesse le présentation du tronc n'existe pas, que la tête ne s'engage dans le petit bassin que quand celui-ci est très large, ou que le travail est avancé, etc. »

Si mes idées avaient dû changer dans l'espace de ces vingt-quatre ans, j'aurais été le premier à les rectifier. Je ne me crois pas plus parfait qu'un autre, et quand j'écrirai au long sur les sujets que j'ai traités depuis 1855, on trouvera évidemment quelques modifications ; mais, je le déclare, ce n'est pas sur les deux points incriminés ; et loin de les reconnaître comme des exagérations de ma part, je vais démontrer que ce sont des erreurs de la part de M. Pinard et de la part de ceux qui pourraient partager ses idées.

La présentation du tronc existe-t-elle pendant la grossesse ?

Pour répondre sciemment, il faut bien s'expliquer sur les présentations ; c'est-à-dire que l'on rattache ce mot à la partie fœtale qui correspond au centre du détroit, et il faut faire une grande différence entre les présentations de la grossesse et les présentations du travail. C'est de la présentation du tronc pendant la gros-

sesse que j'ai voulu surtout parler, et pour distinguer ces présentations de celles du travail, j'ai fait, p. 117 de mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, un tableau qui indique les transformations des présentations de la grossesse dans les présentations du travail. Ce n'est pas une idée préconçue qui m'y a conduit, c'est précisément le palper abdominal, et les vingt-quatre ans qui ont suivi n'ont pas changé mes convictions.

Or je n'ai jamais trouvé un fœtus reposant par une des parties médianes du tronc sur le centre du détroit pendant la grossesse ; présentation du tronc que l'on pût constater par le toucher vaginal, que l'on pût constater par l'auscultation, qui donnerait le maximum absolu (1) des pulsations sur la ligne médiane ou à peu près, enfin et surtout je n'ai jamais trouvé un fœtus ayant d'un côté la tête, de l'autre côté les pieds et le siège sur une ligne horizontale parallèle au diamètre transverse du détroit supérieur. En effet, une pareille présentation est impossible pour des raisons anatomiques palpables, venant à la fois de la mère et du fœtus.

Du côté de la mère, le peu d'espace du détroit supérieur, douze à quatorze centimètres dans le diamètre transverse, et en y ajoutant deux ou trois centimètres pour la profondeur de chaque fosse iliaque, on n'a que vingt centimètres ; la saillie des deux épines iliaques antero-supérieures, qui vient ensuite couvrir le détroit ne laisse qu'un espace de 24 à 25 centimètres, tandis que l'ovoïde fœtal en a 28 ou 30 et, qu'on le remarque bien, je parle du squelette ; si maintenant nous y ajoutons toutes les parties molles du grand et du petit bassin on réduit l'espace de moitié. Donc le bassin seul rend la présentation du tronc impossible.

Que dirons-nous de la matrice ? A-t-on jamais pu, non-

(1) Si j'ai développé l'étude du palper, j'ai développé aussi celle du toucher vaginal avec deux doigts ; à propos de l'auscultation, je n'ai pas seulement rendu les stethoscopes plus portatifs, j'ai distingué le premier le maximum absolu des pulsations fœtales qui indique le vrai siège du cœur, du maximum relatif qui peut induire en erreur sur ce siège.

seulement admettre, mais soupçonner qu'au niveau du détroit supérieur elle puisse avoir plus de 12 à 15 centimètres d'espace libre transversalement, même dans les cas d'anomalies les plus marqués donnant à l'utérus les formes dont M. Hergott a signalé l'importance ? Jamais. Les anomalies qui rendent l'utérus développé plus que d'ordinaire dans le sens traversal, se montrent dans les parties supérieures de l'organe et non dans le segment inférieur qui repose sur le détroit. C'est-à-dire que le segment inférieur n'acquérant jamais plus de 12 à 15 centimètres dans le diamètre transverse ne peut pas recevoir un ovoïde de 28 ou 30 centimètres.

Arrivons aux raisons d'impossibilité provenant du fœtus. Nous avons vu déjà l'ovoïde fœtal avoir 28 ou 30 centimètres dans le grand diamètre et ce n'est pas tout. Le fœtus détend souvent l'arc décrit par la tête, le cou, le tronc et le siège, plus souvent encore il détend les jambes, de sorte qu'il acquiert quelquefois 40 et 45 centimètres de développement, et si par impossible il pouvait avoir une présentation momentanée du tronc, elle serait dérangée à tous les instants pour se changer en une autre où le fœtus fût plus à l'aise.

Mais les dimensions de l'ovale ne sont pas tout, ce sont ses formes, sur lesquelles M. Pinard, pas plus que les autres, n'a pas réfléchi.

La partie centrale du tronc fœtal offre en avant un creux que les bras et les genoux viennent parfois occuper mais un creux rempli de membres et de mouvements. Peut-on prétendre que ce soit cette partie qui puisse occuper le centre du détroit ? Y viendrait-elle un instant, le nombril correspondrait au centre du détroit, c'est-à-dire qu'il serait très élevé et ce n'est pas là le caractère d'une présentation où la partie désignée doit se poser sur le détroit supérieur, puis les genoux d'un côté, les bras de l'autre, reposant sur les bords latéraux du détroit supérieur dérangeraient la présentation à chaque instant si elle était possible.

La présentation du tronc pourrait-elle offrir les côtés latéraux pendant la grossesse ? Ici le dos serait en avant

ou en arrière. Le dos en arrière est impossible, la saillie du dos fœtal placée contre la saillie du promontoire dérangerait à chaque moment la présentation si elle avait lieu un instant. La présentation du tronc, le dos en avant, est-elle possible?

Ici l'arc fœtal a le creux sur la saillie du promontoire et si le diamètre fœtal de 28 à 30 centimètres, pouvait aller dans les 12 ou 15 que laisse le segment inférieur de l'utérus elle serait admissible ; mais outre cette impossibilité, il y a les mouvements actifs des membres et la détension de l'arc qui, en prenant un point d'appui sur le promontoire, éloigneraient le côté fœtal du centre du détroit pour le porter sur le pubis et même plus en avant comme nous le dirons dans un instant.

Enfin le fœtus peut-il reposer sur le centre du détroit par le milieu du dos de manière à avoir les membres en haut? On le dirait *à priori* mais je n'ai jamais trouvé la tête et la siége à égale distance de la ligne médiane et les pieds en avant de manière à admettre la présence du milieu du dos au centre du détroit. La raison sans doute en est qu'on ne peut pas placer un objet de 28 à 30 centimètres dans un espace qui n'en a que la moitié. Du reste, une pareille présentation serait-elle un instant possible, la femme étant couchée, qu'en se levant le détroit supérieur devenant fortement incliné le tronc fœtal qui ne serait pas retenu sur le détroit, comme l'est la tête ou le siége quand ils y reposent glisserait aussitôt et le dos gagnerait le pubis maternel si ce n'est la paroi antérieure de l'utérus.

C'est ce qui explique comment ou trouve plus d'une fois au palper, ou autrement, le tronc fœtal plus ou moins transversalement placé en avant. Cela a lieu chez les femmes de petite taille où dans la station verticale, le plan du détroit supérieur est si incliné, qu'il approche de la verticale. Cela a lieu dans les cas de retrécissements du grand et du petit bassin, du détroit supérieur surtout, où la couronne qu'offre ce détroit ne peut pas embrasser et retenir la tête ni même le siége fœtal. La matrice, dans ces cas, est constamment en antéversion

plus ou moins exagérée, même chez les primipares, de sorte que le fœtus, surtout pendant la station verticale de la femme, se loge alors le dos contre la paroi antérieure devenue presqu'inférieure comme chez les quadrupèdes. Cette présentation du fœtus échappe même aux divisions classiques des présentations si on doit prendre pour base la partie fœtale qui repose sur la centre du détroit supérieur puisque dans ce cas il n'y en a aucune.

Est-ce que par hasard on voudrait parler de ces cas pour admettre les présentations du tronc pendant la grossesse? Si c'est oui, je prie M. Pinard et tous ceux qui m'attribuent les exagérations de ce genre, de croire qu'ils prennent pour une présentation du tronc et même de l'épaule ce qui n'en est pas. Dans ce cas, il n'y a pas de partie fœtale sur le centre du détroit, ce sont les membres tout au plus qui vont parfois sur ce centre, ce n'est ni le tronc ni l'épaule qui y repose, en supposant que le tronc fœtal fût perpendiculairement placé à la ligne médiane ce que je n'ai jamais trouvé. Il était toujours plus ou moins oblique dans sa transversalité.

Maintenant tout peut changer au moment de l'accouchement avec les présentations que j'ai appelées indirectes de la grossesse, où une des extrémités de l'ovale fœtal est retenue par la fosse iliaque ou par le bord du détroit supérieur. Le reste de l'arc, à la suite de l'écoulement des eaux amniotiques et des contractions utérines est obligé de se recourber, de s'abaisser et d'atteindre ainsi le centre du détroit. Voilà comment les présentations indirectes se changent en présentations du tronc et de l'épaule. Par conséquent, loin de voir là une de mes exagérations, j'espère que M. Pinard et autres reconnaîtront une de leurs erreurs. Arrivons à l'autre exagération.

Nous avons vu par le titre d'un chapitre que M. Pinard fait descendre la tête fœtale dans l'excavation pendant la grossesse et il considère comme une exagération de ma part de ne pas l'admettre, si ce n'est dans le cas d'amplitude du bassin qui n'est pas ordinaire. Chose

curieuse, c'est lui-même qui donne la preuve qui le condamne. Il parle de la tête et surtout du front qu'on sentirait au-dessus du détroit supérieur par le palper. Mais si à travers les parties molles, on sent bien la tumeur céphalique dépasser les pubis et le détroit supérieur, c'est que la tête n'est pas dans l'excavation. Précisément quand elle y est descendue on ne peut guère la constater au palper ou il faut aller la chercher profondément ce qui est un signe pathognomonique.

Il est évident que M. Pinard et ceux qui pourraient penser comme lui, s'en sont rapportés ici au toucher vaginal, parce que la tête demi-fléchie pendant la grossesse repose par le synciput et partie du bregma sur le détroit supérieur qui la retient comme une couronne fixe. Ce segment du crâne fœtal est plus ou moins accessible au toucher viginal suivant que le bassin est plus ou moins spacieusement bâti, suivant que la femme est primipare ou multipare, suivant que le fœtus est bien ou mal conformé, qu'il est à terme ou qu'il dépasse le terme, etc., etc.

Ainsi encore ici, loin d'être une exagération de ma part, c'est une erreur de plus à rectifier chez M. Pinard; et comme ce sont là les seuls griefs qu'il m'oppose, je pourrais finir ici la critique de son traité. Mais c'est à mon tour maintenant de continuer l'énumération des erreurs et des exagérations que M. Pinard a commises en étudiant le palper et le version cephalique.

Le diagnostic de la grossesse (récente) est le point sérieux par lequel commence l'étude du palper, et encore ici M. Pinard cite Roederer, MM. Pajot, Tarnier, Woillez qui ont à peine parlé du palper, tandis que s'il avait pris connaissance d'un mémoire que j'ai lu à l'Académie de médecine le 26 juin 1866, il y aurait vu le parti qu'on peut tirer du palper, les caractères différentiels entre le ballottement utérin et le ballottement fœtal, la manière de reconnaître la densité et l'étendue de l'utérus gravide dès les deux premiers mois pour le distinguer des autres tumeurs, etc. Mais c'est à peine si M. Pinard a lu mon *Essai sur l'accouchement physiologique* ; et encore il y a dans ce traité

des notions précieuses pour distinguer l'utérus de toute autre tumeur à une époque avancée de la grossesse et dont M. Pinard n'a pas parlé.

Il commence son chapitre par *la recherche de l'utérus*, et pour cela il faut, dit-il, faire vider la vessie et le rectum. Sans doute, dans les cas difficiles il faut éviter la plénitude de la vessie, mais la chose est inutile dans les cas ordinaires. Un bon *palpeur*, qu'on me passe le mot, il vaut bien *l'accommodation*, un bon palpeur sait facilement distinguer la vessie plus ou moins distendue, de la matrice qui lui est postérieure et qui offre une sensation tout-à-fait diverse. Lorsque je mettais tout mon bon vouloir à montrer le palper à la clinique de la Faculté, M. Dubois voulut me jouer un tour. Je ne sais pas s'il avait conseillé à la malade de garder longtemps ses urines, mais le fait est qu'un matin ce professeur m'appelle pour faire au palper le diagnostic sur une femme qui portait une tumeur dépassant les pubis, et ayant trouvé dans cette tumeur les caractères de la vessie distendue, je lui dis aussitôt : *Je ferai le diagnostic quand elle aura uriné.* M. Dubois rit de ma réponse et passa au lit suivant, le tour s'était tourné contre lui. Quant à la plénitude du rectum, il est très rare qu'elle offre des inconvénients ; au contraire elle aide le palper en poussant l'utérus en avant et en lui offrant un point d'appui.

M. Pinard effleure à peine son sujet en parlant des services que le palper peut rendre au diagnostic différentiel de la grossesse surtout dans les premiers mois. Sans doute, traitant tous les sujets au point de vue de l'accouchement physiologique, je ne me suis pas arrêté au diagnostic différentiel dans mon livre, mais M. Pinard qui a prétendu publier un traité spécial du palper, devait autant et plus soigner le diagnostic pathologique que le diagnostic physiologique. Nous aurons du reste d'autres occasions pour signaler les vides du traité de M. Pinard.

Les cas de médecine légale, sans doute, doivent exiger beaucoup de réserve dans l'affirmation et la négation ; la perception des bruits cardiaques est alors indispensable ;

mais dans les cas ordinaires, le médecin ne peut pas attendre la perception des mouvements actifs, ni même les battements du cœur fœtal pour croire à la grossesse. Dès le second et le troisième mois il doit avoir un jugement formé et le palper combiné avec le reste est un des éléments de diagnostic les plus précieux.

Le palper appliqué au *diagnostic des présentations et des positions* est la partie du traité de M. Pinard qu'il a le plus développée et pour la rendre plus claire, il y a ajouté des figures. Nous allons voir comment il a réussi.

M. Pinard commence par *les soins préliminaires* et je voudrais bien qu'il me dise où il a pris les détails avant l'*Essai sur l'accouchement physiologique*, pour ce qui concerne la meilleure position et la meilleure attitude à donner tant à la femme qu'aux organes.

Arrivé au *Manuel opératoire*, M. Pinard se demande *par où il faut commencer ? Doit-on rechercher telle ou telle partie fœtale, porter ses mains en haut ou en bas?*

Ici M. Pinard dit que ces diverses manières offrent des inconvénients, et il croit avoir *cherché à simplifier la méthode, à la rendre rationnelle en la faisant reposer tout entière sur la connaissance exacte des attitudes que peut prendre le fœtus pendant les derniers mois de la grossesse.* Il croit avoir résolu toutes les questions que peut résoudre le palper quand il aura pu dire *laquelle des 6 présentations et des 102 positions vais-je rencontrer ?*

Pour moi, comme pour tous ceux qui voudront étudier sérieusement le palper, cette manière de procéder n'est pas seulement défectueuse, on la dirait déloyale, je m'explique.

Si pour faciliter les études on a admis 6 présentations et 102 positions comme M. Pinard en convient, il faut dire non seulement qu'il y en a plusieurs centaines et plusieurs milliers, mais que dans la pratique on ne trouve *jamais deux cas exactement identiques* pour les présentations et les positions pas plus que pour le reste.

Le devoir du maître ou de l'écrivain qui veut ins-

truire sérieusement est donc celui de mettre à même l'élève, de reconnaître la tête du fœtus, le tronc, le siége, les membres et surtout les pieds partout où il les trouve. C'est là la véritable étude élémentaire indispensable pour connaître les présentations et les positions. C'est ce que j'ai fait dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique* et c'est ce qui a mis depuis les élèves et les maîtres y compris M. Pinard, à même de se rendre aussi forts que moi ou à peu près.

En étudiant le palper, sans négliger les autres signes rationnels ou sensibles, j'en proclame dans mon livre la supériorité en le comparant à tous les autres, sans le rendre exclusif.

Descendant jusqu'aux détails les plus élémentaires du palper, j'étudie les conditions qui regardent l'accoucheur, et celles qui regardent l'abdomen de la femme, la matrice et le fœtus.

Je fais *l'éducation* de l'accoucheur en lui apprenant les diverses manières d'exercer les pressions ; trouvant une partie fœtale, la manière de l'examiner dans ses dimensions, dans ses formes, dans sa densité, dans sa mobilité ; je fais le classement des tumeurs fœtales suivant leur extension ; le tronc, par exemple, qui n'a pas d'analogue, la tête et le siège plus circonscrits et plus durs, les membres plus petits et plus ou moins mobiles ; puis m'arrêtant à chacune de ces tumeurs, je fais connaître les caractères propres et les caractères différentiels avec la tumeur qui lui ressemble le plus. J'apprends à l'élève la manière, non seulement de connaître chaque partie fœtale n'importe où on la rencontre au palper, mais de la chercher dans les recoins les plus cachés, quand elle est dans le petit bassin, quand elle s'abrite sous les fausses côtes ou dans les fosses iliaques, dans les hypocondres.

Etudiant les conditions favorables ou défavorables au palper qui proviennent de la cavité abdominale, je passe en revue la flaccidité ou la tension, la plénitude ou la vacuité, la sensibilité ou l'insensibilité, ce qui modifie la manière de palper, les temps, le lieu. Chose capitale,

cette étude démontre les avantages du palper pendant la grossesse et les désavantages de ces moyens de diagnostic pendant l'accouchement, c'est-à-dire tout le contraire de ce qu'on avait conseillé et pratiqué avant moi.

Je fais connaître les avantages de la règle qui place la femme dans telle et telle position, dans telle et telle condition et les avantages qu'il y a à la placer autrement dans tel et tel cas exceptionnels.

L'accoucheur, la femme, étant ainsi préparés, le fœtus étant connu d'une manière générale pour ce qui concerne le palper, je commence les applications ou les détails.

Je cherche les points de repère les plus importants et les plus faciles à reconnaître et je mets en première ligne la tête que j'apprends à chercher, à contrôler partout où elle peut se trouver. La constatation du lieu qu'occupe la tête, donne aussitôt la présentation du sommet ou du siége suivant qu'elle est en haut ou en bas. Le deuxième point de repère est celui du tronc suivant qu'il est à droite ou à gauche en avant ou en arrière, ce qui donne les positions antérieures ou latero-postérieures.

Si cette manière paraît trop longue, j'en indique une plus simple, c'est de commencer par l'exploration du bas-ventre, après avoir dépassé les pubis pour constater ce qu'il y a sur le détroit supérieur et suivant ce qu'il y a, compléterle diagnostic comme précédemment. Quoique sans parler de moi, M. Pinard semble incliner vers cette dernière manière de palper.

Je ne donne pas seulement les résultats ordinaires, j'indique les exceptions et les règles pour reconnaître les cas douteux, les tumeurs autres que la grossesse, les signes des grossesses doubles et à ces descriptions sont ajoutées des figures pour l'intelligence du texte.

Ainsi je prétends que ma description ne donne pas seulement les 6 présentations et les 102 positions dont parle M. Pinard, mais fait connaître les variétés, je dirai même les nuances des présentations et des posi-

tions de manière à donner à l'observateur des idées excessivement plus justes puisqu'il n'y a jamais deux cas exactement les mêmes.

Je suppose que je sois un élève voulant étudier le palper et que M. Pinard me dise : tenez ceci est la tête, je pourrais lui dire et pourquoi ne serait-ce pas le sacrum ? ils sont aussi durs l'un que l'autre ; il me dira : tenez voilà un pied, et je pourrai lui dire pourquoi ne serait-ce pas une épaule, ils ne sont gros ni l'un ni l'autre. C'est-à-dire qu'alors M. Pinard sera obligé d'en venir aux signes qui distinguent le sacrum de la tête, le pied de l'épaule d'une manière générale, et il en fera l'application par le contrôle des autres parties fœtales.

Je suppose que je sois un praticien, et, ne pouvant pas me faire une idée de la présentation de l'enfant, ayant sous la main une femme dont le bassin, la cavité abdominale sont mal conformés, malades, avec des complications, que j'appelle M. Pinard. Celui-ci dira bien que nous avons dans ce cas une des six présentations, une des 102 positions, mais j'aurai le droit de lui dire *à peu près*, puisque deux cas ne se ressemblent jamais exactement. Voilà alors M. Pinard faisant des réserves et mettant tant de si et de mais sur les caractères de chacune des tumeurs fœtales qu'il serait obligé d'en venir à mes règles générales.

Je ne sais pas quelle peut être l'impression que le traité de M. Pinard produira sur ceux qui sont réellement en état de juger le palper, mais sa manière de l'enseigner me semble plus faite pour dire : *voyez comme je suis fort !* que pour donner aux autres la force qu'ils peuvent acquérir par ma manière d'exposer l'éducation du palper telle que je l'ai décrite moi-même.

Du reste, traitant un sujet aussi neuf, M. Pinard aurait eu le devoir de reproduire les préceptes sous mon nom s'il ne voulait pas en accepter la responsabilité. Ces préceptes ont fait leurs preuves, M. Pinard lui-même en est une, il ne peut le nier.

Je ne suivrai pas notre auteur dans les diverses présentations et les diverses positions où il étudie le pal-

per. Ces cas peuvent se présenter sans doute, mais la plupart ont été forgés *à priori* pour expliquer la chose plutôt qu'ils n'ont été observés sur la femme vivante. On n'a qu'à voir les figures pour cela. Ainsi pour justifier sa descente de la tête fœtale dans l'excavation, p. 119, il trace par des points cette tête comme si elle reposait sur le coccyx et que le front fût accessible au-dessus de la fosse iliaque droite. S'il donne des règles de ce genre, je doute fort que ses élèves puissent même les trouver comme exceptions. Même remarque pour la plupart de ses figures, où la tête se présente.

Je passe sur les présentations suivantes où il ne dit rien de nouveau, ou il le dit *à priori*, pour arriver à *la présentation du plan latéral*, p. 144. Franchement M. Pinard n'est pas sérieux quand il représente à la fin de la grossesse un fœtus en présentation du tronc, comme le montrerait la figure. La tête est dans la fosse iliaque gauche, il y a peu d'eaux amnioliques, le dos est en avant et le tronc, le siége, après avoir franchi la fosse iliaque droite s'élèvent dans l'hypocondre correspondant. Un cas semblable ne pourrait être que le résultat du travail de l'accouchement, non le fruit de la grossesse. Le toucher vaginal avant le travail ne trouverait rien sur le centre du détroit ou il y trouverait le bras droit, peut-être la saillie de l'épaule en allant très haut et en avant. C'est-à-dire que le tronc ne repose pas sur le centre du détroit, et si l'épaule y correspond, elle est si élevée qu'on ne peut pas l'atteindre pendant la grossesse. C'est ce que j'ai appelé la présentation indirecte de la tête et que j'ai décrite tout au long, où la tumeur céphalique est arrêtée par le bord du détroit pendant que le tronc et le siége poussés par les contractions utérines pendant le travail, font ployer de plus en plus l'arc fœtal jusqu'à la présentation de l'épaule puis du plan latéral du tronc.

Les autres figures de M. Pinard n'en disent guère plus, le dos étant en avant, et elles en disent encore moins le dos en arrière. Ici l'épaule n'atteint pas encore le détroit supérieur ; mais ce qu'il y a de plus curieux, ce sont les

figures représentant ce que M. Pinard appelle les presentations franchement transversales où le fœtus appuie d'une part avec la tête sur une crète iliaque pendant qu'avec le siège il appuie sur la crète iliaque du côté opposé; de sorte que le tronc reste comme une corde plus ou moins tendue fort au-dessus du détroit supérieur. On met le pauvre fœtus comme un acrobate raidi sur deux chaises placées l'une loin de l'autre, et encore l'acrobate ne raidit les muscles de son tronc que pendant quelques minutes, tandis que le fœtus resterait ainsi toute la grossesse et ne se rendrait plus incliné qu'au moment du travail !!

Avant de terminer cette partie du traité de M. Pinard, et ce qui précède m'en offre le motif, je dois exprimer un vœu, l'Ecole en fera le cas qu'elle voudra. C'est que si quand le fœtus est mort et ramolli il se moule aux formes du segment inférieur de l'utérus et du détroit supérieur du petit bassin sans se conformer aux présentations et positions classiques ; si pendant le travail les eaux étant écoulées plus ou moins complétement, le fœtus pressuré par les contractions, anéanti dans ses mouvements, est forcé de céder aux agents mécaniques qui le poussent du haut en bas et qui lui résistent de bas en haut de manière à lui faire suivre bon gré mal gré certaines lois mécaniques, il n'en est plus de même pendant la grossesse. Alors l'utérus lui-même, organe vivant, sentant et se mouvant en quelque sorte par ses contractions insensibles ou douloureuses, partielles ou générales, constitue une enceinte mobile en dehors même de tous les mouvements volontaires ou mécaniques que la femme peut imprimer à cette enceinte ; mais le fœtus surtout est un être doué de vie, de sensibilité, de mouvement et qui sans être guidé par le seul instinct comme l'entendait P. Dubois reçoit des sensations et y répond par des actes réflexes, sinon réfléchis. Ainsi se trouvant placé dans un espace glissant, rempli de liquide et plus grand que son volume, il prend et surtout il garde les attitudes qui lui sont commodes ; s'il en prend de malaisées, il sait s'agiter, se

mouvoir jusqu'à ce que sa souffrance cesse ou tout au moins diminue.

Ceci établi, il ne faut pas que dans les figures comme celles que M. Pinard a données et qui sont plus ou moins la répétition de ce qu'on trouve dans les ouvrages classiques, on donne au fœtus des attitudes où il serait mis à la torture pendant la grossesse. Ces figures sont des figures de mannequin et non des figures représentant le fœtus placé dans le sein maternel et tel que le trouve le palper abdominal sérieusement et intelligemment pratiqué.

Nous voici à la troisième partie du traité de M. Pinard et la plus importante.

Des moyens de fixer et d'engager la tête fœtale dans la dernière période de la grossesse et de transformer définitivement les présentations de l'épaule et du siége en présentation du sommet pendant la même période.

Le lecteur après avoir suivi ce titre filandreux du commencement à la fin est presqu'obligé de le relire pour le comprendre ; c'est-à-dire qu'il va être question de *la réduction et de la version céphaliques.*

Je ne dis pas cela à cause de mes préférences paternelles, c'est parce qu'on ne peut de bonne foi faire autrement. Que dit le mot *vertere* si ce n'est retourner, ou mettre sens dessus dessous ? Or je le demande a-t-on retourné la tête, a-t-on retourné le fœtus quand la tumeur céphalique est sur les pubis ou dans une fosse iliaque et que par une petite pression extérieure, on la pousse sur le centre du détroit supérieur du bassin ? Le tronc fœtal n'a pas bougé, la tête s'est tout au plus fléchie en se déplaçant légèrement. Ce n'est pas là une version si on ne veut pas bouleverser le sens des mots. Pour moi, et j'en ai donné ailleurs les preuves, la tête est ramenée à la place qu'elle occupait ou qu'elle devait occuper, et j'ai appelé cela une *réduction céphalique.* M. Stoltz paraît même avoir prononcé le mot avant moi, réservant le mot version à l'opération qui, dans les présentations de l'épaule faisait parcourir à la tête un

peu plus d'espace, ce qui est admissible en théorie, non en pratique. Il faut donc réserver le titre de *version céphalique*, ou retournement de l'enfant, aux cas où l'on met la tête en bas quand elle était en haut et donner le titre de *réduction céphalique* aux changements des présentations indirectes en présentations directes du sommet. Mais ces mots sont attachés à mon nom, et c'est déjà assez que M. Pinard soit forcé de le prononcer dans le corps des articles qui suivent son titre.

Avant d'aller plus loin je dois signaler un vide de plus dans l'ouvrage que nous analysons, vide regrettable comme on va le voir. C'est l'étude de *la réduction et de la version céphaliques spontanées*, exécutées par le fœtus, quelquefois à diverses époques de la grossesse ou au commencement du travail, et dont l'étude n'est pas seulement une curiosité physiologique, elle est un enseignement pour *la réduction et la version céphaliques artificielles.*

Nous avons reconnu l'erreur des anciens dans l'admission de la culbute, considérée comme règle, et ce qui les a induits en erreur, je l'ai déjà dit dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique*, c'est qu'ils ont vu la présentation du siége et des pieds arriver d'autant plus souvent que l'enfant naissait mort ou avant terme. Les statistiques ont prouvé par la suite que ce dernier fait était vrai, mais que l'interprétation était fausse et personne n'en avait donné les raisons. C'est le palper qui me les a démontrées.

C'est que pendant la grossesse, si pour n'importe quelle cause le fœtus a l'extrémité pelvienne en bas et que les pieds surtout portent leurs mouvements sur le segment inférieur de l'utérus, la partie la plus sensible et la moins soutenue, alors la grossesse est pénible. Bien des femmes m'ont dit qu'elles sentaient douloureusement les mouvements de leurs enfants se faire en bas comme si ces enfants voulaient sortir.

Ces malaises locaux peuvent retentir plus ou moins loin, mais ils entretiennent une congestion utérine, réveillent les contractions insensibles ou douloureuses de

l'organe gestateur et la circulation placentaire en souffre. Le fœtus gêné, agacé, se livre plus que d'ordinaire à des mouvements désordonnés : bref la souffrance de la mère et de l'enfant peuvent aller jusqu'à produire l'accouchement prématuré ou des hémorrhagies internes et la mort du fœtus.

Ainsi ces malaises dont on ne pouvait pas se rendre compte, c'est le palper qui les a révélés et soit que la version céphalique se soit faite spontanément ou que je l'aie faite artificiellement, j'ai déjà vu plus d'une fois les malaises cesser dès que le fœtus a eu la tête en bas et les pieds en haut.

La première conséquence à tirer de ce fait dont M. Pinard ne paraît même pas s'être douté, c'est que la version céphalique ne trouve pas seulement son indication dans la mortalité qui résulte du travail toutes les fois qu'il y a présentation des pieds, cette indication se tire aussi des malaises qui en sont la conséquence pendant la grossesse.

Pourrait-on être étonné que la matrice, que le fœtus, excités par ces souffrances, s'agitent, se contractent jusqu'à ce que la présentation soit meilleure ? Le raisonnement l'aurait admis si le fait ne l'avait pas confirmé à diverses reprises. Le toucher vaginal, l'auscultation avaient pu déjà admettre cliniquement que le fœtus quelquefois (1) avant la rupture des membranes avait tout d'abord présenté au détroit supérieur le siège ou les pieds et que cependant il était venu par la tête.

Le palper désormais pouvant porter un diagnostic plus certain même avant le travail, a confirmé ces faits. Oui, il y a des cas où *la version céphalique* se fait *spontanément*. De là le précepte de ne pas l'opérer *artificiellement* si on n'est pas à la veille du travail ou si la grossesse n'est pas douloureuse, mais d'observer si la présentation est ou non permanente. C'est dans le pre-

(1) Wigand et autres avaient observé de ces cas. V. Thèse de M. Passant.

mier cas et après plusieurs jours d'observation qu'on doit la faire artificiellement.

Ceci est encore plus vrai pour les *réductions céphaliques*; c'est-à-dire là où la tête repose sur le bord du détroit supérieur. Dans ces cas, non-seulement la présentation peut se rendre directe, c'est-à-dire que la tête gagne le centre du détroit par les contractions utérines, par les mouvements fœtaux. Quelquefois la position seule que prend la femme peut opérer ce résultat; c'est-à-dire que les *réductions céphaliques* spontanées sont si fréquentes, qu'on ne saurait s'en faire une idée, soit pendant le travail comme le toucher vaginal et l'auscultation l'avaient démontré, soit surtout pendant la grossesse ce qui a surtout été demontré par le palper. Conséquence pratique à tirer de là, c'est que si la *réduction céphalique* ne se fait pas spontanément pendant la grossesse, il ne faut pas trop s'en préoccuper, elle peut se faire pendant le travail et dans ce dernier cas elle est facile à être opérée à moins qu'on ne la tente quand une partie fœtale est déjà fort engagée à travers le détroit supérieur. Du reste les présentations indirectes, quand la cause qui les a produites persiste, se reproduisent souvent pendant la grossesse malgré la réduction.

Nous pourrions signaler encore d'autres vides dans le traité de M. Pinard, mais arrivons au développement qu'il donne au long titre placé plus haut.

En présence, dit-il, *des dangers que court l'enfant lorsque pendant l'accouchement il se présente par l'extrémité pelvienne, en présence des accidents si graves pour la mère et pour l'enfant, dans la présentation de l'épaule, il n'est aucun accoucheur qui ne redoute de se trouver en présence de cas semblables*. Pour appuyer ces propositions, il cite un passage de Wigand assez vague et parle comme si ces idées étaient classiquement admises, tandis que tous les médecins savent que les idées de l'Ecole de Paris ayant prévalu depuis le XVI[e] siècle sur la science obstétricale, on avait fini par admettre comme naturelles, c'est-à-dire qu'on abandonnait à la nature, les présentations de la face, du siège et des pieds, et ces

idées ont régné jusqu'à la publication de mon *Essai sur l'accouchement physiologique*. Wigand et Hubert eux-mêmes ramenaient le siège du fœtus sur le détroit quand il était plus rapproché que la tête, tandis que moi j'ai déclaré la présentation de la tête comme seule physiologique. On me répondra que c'étaient là les idées hippocratiques mais je puis répondre que l'on avait renoncé à ces idées comme impossibles à réaliser dans la pratique tandis que je les ai rendues possibles, réalisables, pour tous ceux qui veulent un peu approfondir les études obstétricales.

Ceci n'empêche pas M. Pinard de mettre à la file les noms de Wigand, Hubert et Mattei, en faisant remarquer seulement que « Wigand et Hubert n'avaient en vue que la transformation de l'épaule ; Mattei en France, dès 1856, le premier songea à la possibilité de transformer les présentations du siège en présentation du sommet et de la théorie passa immédiatement à la pratique avec succès..... Je cite d'abord ces trois noms parce que, véritablement, ils méritent d'être détachés du nombre de leurs imitateurs ; car ils n'ont pas seulement perfectionné, ils ont créé. »

Je remercie pour mon propre compte M. Pinard de ce mouvement de franchise et de loyauté. Si, comme M. Chantrueil, il a dû pour arriver me sacrifier parfois, il m'a aussi parfois rendu justice et j'espère qu'en se rendant de plus en plus indépendants, ces deux représentants de la troisième génération obstétricale donneront le bon exemple à ceux qui leur succéderont. Mais sans vouloir diminuer la part de priorité qui revient à Wigand, à Hubert, dont j'ignorais complétement les publications, je crois avoir des droits autrement supérieurs. Mes idées viennent d'autres principes. Si par accident le palper a servi aux trois, ce moyen est sorti de mes mains bien autrement qu'ils ne l'ont fait. La réduction céphalique ou pelvienne que Wigand et Hubert pratiquaient était tout ; elle était déjà pratiquée par des manœuvres internes ; tandis que renouant les idées hippocratiques aux miennes j'ai rendu la vérité à ces idées comme prin-

cipe, j'ai réalisé ces idées comme fait. Que M. Pinard et que d'autres me l'accordent ou non, je suis habitué à me contenter de mes propres satisfactions, sans prétendre en faire parade, mais *c'est là la plus grande révolution obstétricale que je connaisse*, parce qu'elle touche, modifie ou renouvelle presque toutes les parties de l'obstétrique, parce que sur son passage elle crée des moyens nouveaux quand elle ne les trouve pas déjà produits. Si d'autres n'en conviennent pas ou ne se chargent pas de le démontrer, mes écrits parus déjà, quand même je n'en publierais pas d'autres, suffiraient à le démontrer à tous ceux qui sont de bonne foi, et plus on étudiera le sujet plus on me rendra justice. Ce que nous venons d'analyser de M. Pinard n'était en quelque sorte que l'introduction à la *version céphalique par manœuvres externes*. Vient maintenant l'historique de cette opération.

« Soupçonnée par Hippocrate, dit M. Pinard, entrevue par Ruff et par Mercurius Scipio, *elle appartient de droit à Wigand.* » L'historique que j'ai donné de cette opération et des idées qui l'ont fait naître, qui l'ont suivie aux diverses époques de l'obstétrique, doivent prouver combien cette partie de l'ouvrage que nous analysons laisse à désirer.

Mais, par contre, l'auteur consacre six pages à citer des noms, reproduire des passages d'ouvrages français et étrangers, allemands surtout, où il est question de Wigand et de sa méthode, travail qui avait été déjà fait par Nivert, Belin et quelques autres. Nous savons ce que pensait, ce que pratiquait Wigand et ceux qui l'ont suivi, nous n'avons pas besoin de nous y arrêter.

Enfin mon nom arrive en 1855. Il a été cité depuis par tous les auteurs qui ont parlé du sujet et M. Pinard fait plus que de le citer, il donne de longs extraits de mon *Essai sur l'accouchement physiologique*. Il convient même qu'à propos des soins à donner à la mère, j'ai conseillé à la femme enceinte l'usage d'une ceinture, nous verrons bien plus qu'une simple ceinture et M. Pinard

a fait construire une ceinture de son invention. C'est là le point le plus original de son ouvrage. L'historique de cet ouvrage est maigre aussi pour les travaux qui ont suivi mon *Essai sur l'accouchement physiologique*. Nous arrivons au *Manuel opératoire*.

Le mot n'y est pas, la distinction n'y est même pas faite, mais c'est par la *réduction céphalique* qu'il commence sous le titre de transformation d'une présentation de l'épaule en celle du sommet. Il va sans dire qu'il parle de la position à donner à la femme, de celle que doit prendre l'opérateur, une figure rend la manœuvre plus intelligente. C'est-à-dire que d'une main on pousse le tronc en haut pendant qu'avec l'autre on pousse la tête vers le centre du détroit.

Une pareille opération serait très-facile à exécuter pendant la grossesse rien qu'en poussant la tête d'une seule main sans avoir besoin de relever le tronc avec l'autre, mais le déplacement se reproduirait avec autant de facilité à moins qu'artificiellement on ne maintienne la tête en place. Nous verrons comment on peut le faire à propos de la ceinture.

Les choses changent, ce qu'a oublié de faire remarquer M. Pinard, pendant le travail, surtout avant ou au moment de l'écoulement des eaux et où les contractions utérines maintiennent la tête sur le détroit une fois qu'elle y a été poussée.

M. Pinard passe ensuite à la véritable *version céphalique*, bien entendu sans prononcer le nom, où la tête est *en rapport avec le segment supérieur de l'utérus, le siège en bas*. C'est bien cette fois ma version céphalique et je trouve dans ce paragraphe le nom de bien d'autres médecins postérieurs à moi, mais je n'y trouve aucun extrait de ce que j'ai conseillé et pratiqué, je n'y trouve pas même mon nom. L'oubli cette fois me paraît être très fort ! Nous commençons à voir entrer en ligne des observations et croirait-on qu'on y trouvera les observations publiées par moi ou en train de publication depuis 1855, dans mon *Essai sur l'accouchement physiologique*,

dans ma clinique obstétricale (1) et ailleurs? pas du tout. On donne une observation de 1875, où la version céphalique a été opérée par M. Pinard, suivie de l'application de sa ceinture bien entendu; et chose significative, la malade quitte un jour la ceinture, le fœtus revient à la présentation du siège ou plutôt des pieds, car M. Tarnier fait la version pelvienne par manœuvres externes, ramenant le siège sur le détroit comme l'aurait fait Wigand et Hubert, et l'on applique encore la ceinture. Six jours après on provoque l'accouchement et l'enfant vient par le siége. Si c'était là le seul fait à citer, comme modèle, j'avoue que je le regretterais pour la version céphalique, pour ceux qui l'ont pratiquée et même peur la ceinture. On voit que ce fœtus a eu si ce n'est plus d'instinct, au moins plus de volonté que les accoucheurs.

Après un chapitre sur les *indications et les temps d'élections de l'opération*, M. Pinard reprend la publication d'observations particulières de version céphalique opérées à la Maternité. Voici le titre de la seconde observation: « Présentation du plan latéral gauche, — version (céphalique) par manœuvres externes, — application de la ceinture du Dr Pinard, — suppression prématurée de la ceinture, — reproduction de la présentation de l'épaule, — version podalique. » C'est dire que M. Pinard voudrait faire croire ici plus à la vertu de sa ceinture qu'à l'action de la version céphalique. Ses lecteurs seront difficilement de son avis, du reste la version et la ceinture ont ici échoué toutes les deux.

Tout en parlant de cas analogues, M. Pinard arrive à l'indication de la *version céphalique* dans les cas de présentations du siège et il se donne la peine, pour prouver la mortalité relative, de citer des statistiques établissant que pour l'enfant l'avantage est de 7 fois supérieur dans les présentations du sommet que dans les présentations du siége et de cinquante-sept fois supérieur

(1) V. *Essai sur l'accouchement physiologique*, observations n° 16, 22, 24, 68, 78.
V. Clinique obstétricale, observations, n° 40, 45, 73, 211, 311, 324, 392, 584, 607, 741, 830, 837, 879, 920.

pour les mères. D'autres chiffres avaient été déjà donnés mais le fait est connu depuis Hippocrate et qui sait combien de temps avant lui.

M. Pinard est par conséquent avec moi pour déclarer qu'il faut changer les présentations du siège en celles du sommet et s'étonne que Scanzoni, Martin de Berlin et autres (sans en excepter Hubert de Louvain), aient repoussé de prime-abord le changement de la présentation du siège dite naturelle (la mort est aussi naturelle), en la présentation du sommet.

M. Pinard aurait pu se demander aussi pourquoi on a tardé 24 ans à Paris même, surtout à la clinique de l'Ecole, à pratiquer cette version et de combien d'enfants mort-nés, de femmes mortes, on a été la cause indirecte.

M. Pinard continue les citations d'observations de versions céphaliques et où va-t-il les chercher? En Allemagne, quelques-unes en France, non des miennes certes.

M. Pinard arrive aux contre-indications, et, encore ici, il cite des cas exceptionnels où l'opération a été impossible ou inutile. Enfin, nous voici aux *moyens de transformer définitivement les présentations de l'épaule et du siège en présentation du sommet.*

Ici on sent venir la ceinture; aussi M. Pinard n'a pas manqué de mettre en tête de l'article un historique.

Etonné de ce que M. Nivert n'a pas eu besoin de recourir aux moyens de corriger les récidives, notre auteur ne craint pas de dire que M. Nivert a eu à faire à une série heureuse et pour faire sentir cette nécessité, il invoque l'opinion contraire de Wigand, de Hubert, enfin, la mienne, c'est-à-dire qu'ici comme ailleurs il fait une regrettable confusion.

Wigand et Hubert ont opéré pendant le travail et n'ont fait que des réductions céphaliques, c'est-à-dire que pour prévenir ou corriger les récidives, ils n'ont eu qu'à donner à la femme certaines positions, exercer certaines compressions avec la main. A peine s'ils ont eu

besoin d'employer le bandage de corps très-rarement.

Moi, au contraire, j'avais deux buts à atteindre, corriger les récidives dans les cas de réduction céphalique, et comme les précédents j'ai agi aussi pendant le travail, lorsque je n'ai pas pu agir autrement ; mais lorsque j'ai pu opérer avant et surtout dans les cas de version céphalique proprement dite, j'ai agi dès le 8e mois ou tout au moins dans les derniers jours de la grossesse, c'est-à-dire que j'ai largement employé la ceinture comme je l'ai dit dès 1855. Du reste, autant la réduction céphalique est suivie souvent de récidive pendant la grossesse, autant la véritable version céphalique se maintient une fois bien faite ; la récidive est ici l'exception, même sans *l'emploi* de la ceinture.

Les essais qu'ont faits pour se passer de cet auxiliaire MM. Tarnier, Schreder, Hégard, Ellinger, Real, ou de le remplacer par d'autres moyens, n'ont pas réussi.

C'est à cause de ces insuccès, dit M. Pinard, qu'il a inventé *sa nouvelle méthode.*

Mais quelle méthode ? Est-ce l'idée de la ceinture, son application à la grossesse, ou le but de corriger les récidives des mauvaises présentations qui serait nouveau ?

L'usage des ceintures ou bandages de corps ne se trouve pas seulement indiqué dans les auteurs contemporains pour les femmes grosses, mais chez quelques auteurs anciens. Et on n'a qu'à aller chez les corsetières pour trouver des ceintures diverses que les femmes vont acheter sans même consulter le médecin. En effet, le volume du ventre et la gêne de la grossesse sont considérablement soulagés par l'usage de la ceinture. La femme a alors moins de maux de reins, elle marche mieux, si bien qu'une fois l'usage commencé, la patiente ne peut plus s'en passer avant d'accoucher. Enfin quelques femmes, non sans raison, croient que la ceinture diminue les rides et le volume du ventre, inconvénients qui augmentent en raison du nombre des grossesses. La ceinture a même d'autres avantages dont les femmes

ne se sont pas douté. Ce n'est donc pas l'idée de la ceinture appliquée à la grossesse que M. Pinard peut croire neuve.

Ce n'est pas non plus le fait d'employer la ceinture pour corriger les mauvaises présentations une fois qu'on a fait la réduction et la version céphaliques puisque je l'ai conseillée, appliquée, dès 1855.

Ce que M. Pinard appelle *sa méthode nouvelle*, se réduit donc à une ceinture de son invention. C'est M. Mathieu qui est chargé de la fabrication de cette ceinture.

Cette ceinture, se compose de sept pièces, dont une médiane en avant et trois latérales réunies, enfin deux moyens de constriction, l'un en avant, l'autre en arrière. Je n'entreprendrai pas de les décrire, mais ceci suffit pour dire qu'elle est assez compliquée. M. Pinard, tout en donnant la description de sa ceinture, aurait pu en indiquer le prix, qui doit en être élevé.

La complication, le prix, sont-ils au moins compensés par les avantages ?

Si c'est comme moyen de soutenir le bas de l'abdomen chez la femme grosse, une toute autre ceinture, un bandage de corps intelligemment appliqué pourront en faire autant.

Si c'est pour prévenir les récidives après une réduction, après une version céphaliques, cette ceinture ne paraît pas atteindre le but, car elle agit toujours de la même manière, la constriction de tout le ventre ; or les mauvaises présentations sont multiples, de manière à nécessiter une pression sur la partie fœtale qu'il s'agit de déplacer ou de maintenir sans avoir besoin d'exercer une pression considérable ailleurs.

Sans doute, si l'immobilisation aveugle du ventre suffisait, la ceinture de M. Pinard pourrait atteindre le but parce qu'elle permet d'exercer une forte compression générale, mais il est douteux qu'il en soit ainsi, les multiplications de son application viendront prononcer.

On pourra l'essayer dans les cas de récidives là ou les ceintures ordinaires auraient échoué.

Pour mon compte j'ai moins insisté sur l'espèce de la ceinture que sur certaines conditions qu'elle doit remplir. 1° Il faut qu'elle soulève bien le bas-ventre sans le comprimer de haut en bas comme le fait celle de M. Pinard ; 2° elle doit porter sur les parties latérales antérieures, deux ou trois lanières à boucles qu'on peut serrer à volonté sur la ligne médiane. Une fois qu'on a fait la réduction ou la version céphalique, on serre plus ou moins la lanière qui correspond à la partie qu'il faut réduire ou maintenir réduite et au besoin on met dessous un coussinet faisant tampon. Le reste est accessoire et peut être atteint de plusieurs manières conciliables avec la taille, la conformation et surtout la bourse du sujet, comme avec le goût et l'habileté du fabricant. Une vieille serviette et quelques bandes me suffisent souvent pour improviser une ceinture avec ses sous-cuisses, ses bretelles, et même ses lanières constrictives, là où elles sont nécessaires.

OBSERVATIONS.

Nous voici à la dernière partie du traité de M. Pinard, où sont consignées les observations, non de simples réductions ou versions céphaliques, mais les observations où sa ceinture a été appliquée. On y voit des cas où la ceinture Pinard a été appliquée deux et trois fois pour la même grossesse. On n'a pas essayé d'autres ceintures plus simples ou moins coûteuses et on avait fait des opérations préalables pour modifier les présentations dans chaque cas, de sorte que porter tous les avantages du résultat sur le compte de la ceinture de M. Pinard, c'est je crois s'en exagérer l'importance ou plutôt c'est prouver une fois de plus l'avantage des ceintures pendant la grossesse comme je l'ai dit depuis 1855.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Si je ne m'abuse, je crois avoir démontré dans mes travaux obstétricaux comme dans ce qui précède, la vérité des propositions suivantes :

1° Par une perversion du sens obtétrical, on avait fini par confondre ce qui est *facile* avec ce qui est *possible*, et ce qui est *physiologique* avec ce qui est *naturel* (la maladie et la mort sont naturelles) ; c'est ce qui a tenu l'Obstétrique pendant des siècles dans une expectation regrettable et a accru d'une manière considérable les accidents et la mortalité des mères et des enfants. C'est à redresser ces torts que je travaille depuis vingt-quatre ans.

2° La priorité absolue du palper abdominal et de la version cephalique du fœtus est impossible à trouver par ce qu'elle se confond avec les idées les plus élémentaires, les pratiques empiriques et pour ainsi dire instinctives de l'espèce humaine. La véritable priorité de ces puissants moyens obstétricaux consiste, dans le parti qu'on en a tiré et dans les règles scientifiques auxquelles on les a rattachés, dans le passage de l'idée, du principe au fait matériel, mis à la portée de la pratique obstétricale ; or je crois être le premier à avoir mis le palper abdominal et la version céphalique à la hauteur où ils sont aujourd'hui. C'est-à-dire qu'ils remanient les bases scientifiques comme ils remanient les préceptes de la pratique obstétricale.

3° L'observation que la naissance de l'enfant par la tête est à la fois la plus fréquente et la plus facile devait remonter sans doute plus haut que l'époque hippocratique, mais dans les livres qui nous viennent de cette époque, elle est très nettement formulée comme principe ; de là le précepte de chercher à ramener artificiellement à cette présentation, toutes les autres. Malheureusement

ces changements étant restés impossibles, on a vu pendant des siècles mille procédés se mettre à leur place, mille tentatives en varier les essais.

4° La naissance par les pieds avait été reconnue dangereuse au temps même d'Hippocrate, mais comme elle était possible, on voit l'obstétrique depuis Celse jusqu'à notre époque l'accepter de plus en plus comme principe et prescrire la version sur les pieds de préférence à la version sur la tête. L'histoire de l'obstétrique, comme nous venons de le voir, est en quelque sorte une lutte constante entre la version céphalique et la version pelvienne.

5° Passée de la main des matrones aux chirurgiens accoucheurs, l'obstétrique s'est de plus en plus séparée des idées hippocratiques. Elle a fini par admettre comme naturelles, les présentations des pieds, du siége et de la face et confondant ainsi le possible avec le facile, le naturel avec le physiologique elle a donné à la version podalique une prépondérance qui a duré jusqu'à mes travaux.

6° La version sur la tête conseillée au temps d'Hippocrate par le moyen barbare de la succussion, trouva une application plus rationnelle dans les manœuvres internes, pratiquées pendant l'accouchement après la rupture des membranes; c'est-à-dire quand on pouvait reconnaître que l'enfant se présentait autrement que par la tête. Malheureusement c'était trop tard. C'est ce qui a tenu la version céphalique dans une infériorité presqu'absolue pendant plus de vingt siècles et qui a permis à sa rivale, la version podalique, de l'effacer presque complétement.

7° Pendant ce temps le diagnostic faisait des progrès, le toucher vaginal puis l'auscultation sont parvenus à laisser reconnaître les présentations avant la rupture des membranes, et même assez souvent pendant la grossesse. C'est à ce moment que la version céphalique devait commencer à réclamer ses droits, parce que si après la rupture des membranes, après l'écoulement des

eaux, il est presque toujours impossible de changer une présentation en celle du sommet, la chose est plus aisée avant l'écoulement du liquide. Quelques pressions externes pouvaient amener ce résultat.

8° Ces mêmes pressions externes qu'on avait pratiquées instinctivement, dont on s'était servi machinalement pendant la version podalique et pendant les tentatives mêmes de version céphalique ont servi aussi quelquefois à reconnaître distinctement des parties fœtales à travers les parois de l'abdomen, mais c'est sur le toucher vaginal et sur l'auscultation qu'était basé le diagnostic obstétrical.

9° La version céphalique quoique très affaiblie avec les siècles, avait été surtout maintenue par quelques médecins, mais plus en principe qu'en fait. Les progrès du diagnostic par le toucher vaginal, l'auscultation et quelquefois la palpation, ou toucher externe, ont porté un bien petit nombre d'accoucheurs à la tenter avant la rupture des membranes. C'est ce qu'a fait quelquefois Wigand au commencement de notre siècle, Hubert et quelques autres après. Malheureusement ces accoucheurs n'ont eu pour but capital que de changer en présentation du sommet les présentations du tronc ; bien plus ils ont proposé de ramener par manœuvres externes le siége ou les pieds de l'enfant quand ils étaient plus rapprochés que la tête du détroit supérieur ; enfin ils n'ont agi que pendant le travail.

10° On a appelé ainsi version par manœuvres externes, non la version céphalique seule dans le sens des idées hippocratiques, mais toute modification imprimée au fœtus pour en changer la présentation dans un sens qu'on croyait plus favorable. On a fait des réductions céphaliques ou pelviennes, jamais de version céphalique proprement dite, mettant la tête là ou étaient les pieds ou le siége ; encore ces réductions étaient très-rares et ne se produisaient que sous la main privilégiée de quelques accoucheurs. Le palper, notamment comme diagnostic, était insignifiant.

11° On en était encore là lorsqu'en 1855, j'ai publié mon *Essai sur l'accouchement physiologique* où, séparant le facile du possible et le physiologique du naturel, j'ai fait revivre les vieux principes hippocratiques ; non en théorie, car ils n'étaient pas complétement morts, mais en pratique. J'ai ramené toutes les présentations fœtales à celle du sommet de la tête; mais je n'aurais pu le faire si j'avais attendu le travail comme ceux qui m'ont devancé. Pour rendre la chose possible il fallait, surtout dans les présentations du siége et des pieds, agir dans les derniers temps de la grossesse.

12° Pour ce faire il fallait établir le diagnostic sur des bases certaines et le toucher vaginal l'auscultation elle-même n'étaient pas suffisants. C'est au palper que j'ai demandé cette certitude et ayant poussé ce moyen d'exploration beaucoup plus loin qu'on ne l'avait fait, je l'ai rendu plus sûr que le toucher et l'auscultation, au moins pendant la grossesse.

13° Porter un diagnostic certain dès la fin de la grossesse, réduire à ce moment ou pendant le travail toutes les présentations à celle du sommet, ramener par l'art l'accouchement au résultat physiologique quand il ne se fait pas par les seules forces de la nature, employer dans ce sens les ressources connues et en créer de nouvelles, voilà ce que j'ai fait. C'est-à-dire que non-seulement j'ai réalisé les aspirations hippocratiques, ce qu'on avait essayé en vain de faire depuis vingt siècles, j'ai fait rentrer par l'art l'accouchement dans ses lois vraiment naturelles.

14° Le monde médical en France, à l'étranger m'a accordé pour cela quelque sympathie, quelques récompenses ; l'École obstétricale officielle de Paris m'a seule opposé des procédés que je n'ai plus besoin de qualifier. Tantôt elle m'a accusé de réveiller des vieilleries, tantôt elle déclarait impossible ce que j'avançais. Le voyant réel, elle a fait de tout pour l'étouffer en me paralysant le plus qu'elle a pu, et des années se sont écoulées sans que les élèves aient pu profiter de ces progrès obstétricaux.

15° C'est en quelque sorte à la dérobée, non à la clinique de la Faculté, mais à la Maternité et loin du public que le palper et la version, tels que je les ai professés, ont été pratiqués, étudiés pour sortir de là comme une nouveauté après 24 ans de date, cherchant ainsi à attribuer du mérite à l'École tout en diminuant mes droits.

16° M. Chantrueil, M. Pinard c'est-à-dire la nouvelle génération, semblent cependant ne pas s'associer complétement aux procédés de l'Ecole. S'ils ne me rendent pas toute la justice à laquelle je crois avoir droit, ils commencent à entrer dans une meilleure voie et il faut espérer que l'on finira par réparer les torts avec le temps.

17° En attendant, non-seulement on n'a pas apprécié tout ce qu'il y a de général et de vrai dans l'accouchement physiologique, tel que je l'ai établi dans ses principes comme dans ses préceptes pratiques, on n'a vu que le palper et la version céphalique par manœuvres externes. Loin d'avoir ajouté quelque chose de nouveau à ce que j'ai dit sur ces deux sujets on n'a même pas reproduit encore tous les enseignements que j'ai donnés pour passer à d'autres la faculté de faire tout ce que je fais moi-même.

18° Il ne faut pas, comme on l'a fait, confondre le palper avec la version par manœuvres externes, la version en général avec la version céphalique en particulier, la réduction céphalique ou pelvienne avec la version proprement dite.

Cette confusion peut être commode pour amoindrir mes droits de priorité, mais elle est aussi contraire à la vérité qu'au progrès de l'obstétrique. J'espère du reste si la mort ne me surprend pas, rendre ces distinctions encore plus scientifiques.

TABLE DES MATIÈRES

CLERMONT (OISE). — IMP. A. DAIX, RUE DE CONDÉ, 27.